FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GERMAIN BIAR

Né le 31 Décembre 1895 à Miradoux (Gers)

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

L'Epithélioma primitif des Oviductes

Président de Thèse : M. LE PROFESSEUR CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1924

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. WIDAL. GILBERT. CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. LEJARS. HARTMANN. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DEBRÉ.	LANGLOIS.	OKINCZYC.
AUBERTIN.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LE LORIER.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RETTERER.
BAUDOUIN.	FOIX.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE	GARNIER.	LEREBOULLET.	RICHET.
BINET.	GOUGEROT.	LERI.	ROUSSY.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LÉVY-SOLAL.	ROUVIÈRE.
BRULÉ.	GUENIOT.	LIAN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	HARVIER.	MATHIEU.	STROHL.
CADENAT.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TANON.
CHAMPY.	HOVELACQUE.	MOCQUOT.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MONDOR.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBÉ (H.).	MOURE.	VELTER.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON.	VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CUNÉO

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

J'adresse l'hommage de ma profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE

AVANT-PROPOS

Nous adressons à notre maître le Dr Leuret, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris, l'hommage de notre profonde reconnaissance, pour la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard, durant nos deux ans d'internat; nous ne saurions trop le remercier des conseils qu'il nous a donnés et de l'initiative chirurgicale qu'il nous a accordée.

Au Dr Laurence, qui nous a également permis de pratiquer de nombreuses interventions, nous adressons l'hommage de notre gratitude.

INTRODUCTION

Les épithéliomas primitifs de la trompe utérine sont connus depuis longtemps, mais les cas publiés sont relativement peu nombreux. La publication d'une observation par notre maître le Dr Leuret, en 1922, la constatation d'un autre cas nous ont poussé à recueillir des documents à ce sujet. Anduze-Acher dans sa thèse de Toulouse (1911), rapporte 115 cas. Nous reprendrons un cas publié en 1909 par le Dr Lorrain ; la malade avait été opérée par le Dr Leuret. Nos recherches bibliographiques nous ont permis de rassembler 92 observations nouvelles.

Nous apportons 7 observations recueillies dans le service du Dr Leuret. Il y a donc au total 213 cas connus jusqu'à ce jour. Quelques observations nous ayant semblé douteuses, nous ne les avons pas comptées comme épithéliomas primitifs.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs admettaient l'existence du cancer propre de l'oviducte; mais ils ne précisaient pas si la tumeur était primitive ou avait intéressé la trompe par propagation ou métastase d'une tumeur de l'ovaire ou de l'utérus. Déjà en 1847 Raynaud publie un cas et fait une description macroscopique, accompagnée d'une planche. Se basant sur l'aspect de la lésion, Doran a cru pouvoir conclure à un cancer primitif. Lee, Kiwtsch, Reigel, Klob, Hennig signalent chacun un cas, mais leur description est confuse ou incomplète.

C'est en 1861 que Rokitansky, le premier, décrivit les lésions microscopiques du cancer de la trompe. Scanzoni en 1867 signale un cas, mais parle simplement d'infiltration cancéreuse de la trompe. D'autres auteurs ne lui accordaient qu'une faible mention. Courty écrivait, en 1881 : « Le cancer se développe rarement dans les trompes. Il s'y développe de préférence par l'extension du cancer utérin, rarement avec le cancer des ovaires, car on peut trouver, sur ces organes, la trompe de Fallope saine, contrastant par son faible volume et son intégrité avec l'énorme

tuméfaction et la profonde dégénérescence de l'organe germinateur ».

Schroeder, de Berlin, dans son traité, en 1890, nie l'existence du carcinome primitif des trompes.

Orthmann, en 1888, ayant eu l'occasion d'observer avec Martin un cas d'épithélioma primitif, décrivit les excroissances papillaires se développant dans la lumière tubaire et remplissant peu à peu cette cavité.

C'est le premier travail d'ensemble paru sur la question, et montrant bien qu'il s'agit d'épithélioma primitif.

Doran (1888-1889) publie le deuxième cas de cancer primitif qui est suivi du cas de Kaltenbach, si bien que dans la deuxième partie de son mémoire, il étudie les cancers primitifs d'après les trois cas de carcinome primitif de Orthmann, Doran et Kaltenbach et d'après les deux cas de sarcome de Saenger et Gottschalk.

En France, Routier en 1893, Tuffier en 1894 publient chacun un cas.

En 1895, Max Saenger et Justus Barth (Krankheiten der Eileiter de Martin) donnent une étude anatomo-pathologique détaillée des carcinomes, et en font une excellente division, admise par presque tous les auteurs. Ils publient dix-sept cas d'épithéliomas primitifs et quelques cas de tumeurs conjonctives.

Osterloh en 1896, Boldt et Ries en 1897, Teubner en 1898 publient chacun un nouveau cas.

Macrez (Thèse de Paris 1899) étudie les tumeurs papillaires des trompes. La même année, Duret

publie dans la Revue de Gynécologie un article sur l'épithélioma primitif de la trompe utérine; Danel fait, dans sa thèse, une étude anatomo-pathologique très détaillée des tumeurs malignes primitives. Il réunit 35 cas, dont 5 sarcomes, 1 déciduome malin et 29 épithéliomas.

En 1901, Quénu et Longuet, dans un important travail paru dans la Revue de Chirurgie, donnent une bibliographie documentée et font une étude complète de toutes les variétés de tumeurs des trompes et rapportent 36 cas d'épithéliomas primitifs.

Dierner et Fonyó (de Budapest) relatent deux cas de cancer primitif en 1902.

Peham en 1903 présente 3 cancers primitifs bilatéraux que l'on avait pris pour des annexites ordinaires. Après avoir réuni 62 cas de cancer primitif, iil fait une description du cancer tubaire en passant en revue les opinions des principaux auteurs.

Kehrer en 1909, en rassemble 80 cas.

En 1910, Doran publie une statistique de cent cas. Dans la même année les publications se multiplient, si bien que dans sa thèse (Montpellier 1910) Bourrely en rapporte 111 cas, dont un de Lecène et un autre de Gosset publliés en 1909.

L'année suivante, Anduze-Acher (Thèse de Toulouse 1911) rapporte 115 cas.

Les thèses de Bourrely et Anduze-Acher sont le dernier travail d'ensemble paru en France sur la question.

En 1912, dix cas nouveaux sont publiés.

En 1913, Einsle (Thèse Munich) rapporte 126 cas de cancer primitif; 4 de ces cas sont douteux et doivent être supprimés, si bien que sa statistique doit être ramenée à 122, ce qui fait 123 cas en ajoutant le sien.

En 1914, Werner, Lipschitz, Hœrmann, Cumston, Tcharnaia, publient de nouveaux cas. Vest publie 3 cas et dresse une statistique, incomplète d'ailleurs, puisqu'il ne rapporte que 112 cas.

Chacun dans leur traité, Menge-Opitz et Liepmann (Handbuch der Frauenheilkunde) font une étude d'ensemble et donnent de nombreuses références bibliographiques.

En 1915, paraissent 4 nouveaux cas (Strassmann, Müller, Lück, Schottlaender).

En 1916, paraissent des publications de Fleichmann, Thaler, Barrett, Andrews, Spencer, Schweigkart, Latzko. La plus importante est celle de Ruge II qui publie 4 cas personnels et fait une description générale du carcinome primitif de la trompe (1917).

Moench, en 1918, fait un travail très détaillé et relate un cas personnel.

En 1919, Schwartz, Rohdenburg, Robinson, Philipps, Kouwer publient chacun une observation de cancer primitif.

En 1920, aux deux cas de Thaler, il faut ajouter ceux de Coulaud, Barris et Albrecht; ce dernier, ayant observé le développement du cancer sur une tuberculose tubaire, fait une étude critique sur la coexistence du cancer et de la tuberculose dans le même organe.

En 1921, Olivier et Martin, Bretschneider publient chacun un cas. Doderlein fait une étude anatomo-pathologique et discute le traitement.

La même année paraît la 2e édition du Lehrbuch der Gynäkologie de V. Jaschke R. et O. Pankon. Dans l'article consacré aux tumeurs des trompes, les auteurs rellatent un cas personnel d'épithélioma primitif.

En 1922, mon maître, le Dr Leuret publie avec Leroux un cas de cancer tubaire primitif bilatéral. A cette publication, il faut ajouter celles de Kalmann, Stanca, Amreich, Hillebrand, Goodrich, Küstner, Albrecht.

En 1923, dans « Gynécologie et Obstétrique », Guillemin et Morlot présentent un cas personnel et font une étude anatomique très détaillée. Dans le cours de l'année, ont paru un cas de Ursprung et un cas de Schäfer. Celui-ci s'intéresse particulièrement aux cancers bilatéraux et discute le traitement radiothérapique.

Dans la 3e édition de leur Traité de Gynécologie, Faure et Siredey consacrent un article aux tumeurs des trompes et disent : « Le développement du néoplasme n'a rien à voir avec la stérilité relative et absolue des femmes, mais le néoplasme et la stérilité doivent être attribués à la même cause, c'est-à-dire à l'existence des lésions inflammatoires anciennes et chroniques du côté des trompes ».

Nous ne pouvons, au cours de ce chapitre d'historique, nous étendre davantage sur les cas publiés;

nous ne pouvions citer tous les auteurs et nous avons simplement rappelé ceux dont les travaux nous ont paru intéressants à signaler. D'ailleurs, au chapitre des observations, nous citerons toutes les références que nous avons pu rassembler.

Nous n'avons pas la prétention de faire un travail complet ; mais nous avons cherché à rassembler le plus grand nombre de cas publiés et nous croyons être aussi près que possible de la vérité.

Dans quelques cas, nous n'avons pu retrouver les textes originaux et avons dû nous contenter d'une brève analyse. D'autres cas sont douteux, les renseignements donnés par les auteurs étant insuffisants.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Nous groupons dans ce chapitre les différentes conditions qui peuvent influer sur l'apparition ou l'évolution d'un cancer tubaire. Ces conditions se rapportent à l'*âge* des malades, à leur *vie sexuelle*, à leurs *antécédents*.

Avant d'examiner ces causes prédisposantes, voyons quelle est la fréquence du cancer tubaire.

Fréquence. — La rareté des épithéliomas primitifs de l'oviducte est peut-être plus apparente que réelle. Sans un examen histologique, on peut parfois méconnaître un néoplasme tubaire et le prendre pour une lésion annexielle banale. C'est certainement ainsi que des cas sont passés inaperçus au prime-abord (Osterloh, etc.) et n'ont été reconnus que par l'apparition des métastases.

La fréquence de l'épithélioma primitif de l'oviducte paraît être de 1,5 % par rapport aux lésions cancéreuses des autres parties de l'appareil génital de la femme.

Age. — Environ les 4/5 des cancers tubaires s'observent à un âge relativement avancé, à partir de

40 ans. C'est surtout de 40 ans inclus à 50 ans inclus que l'on a observé le plus grand nombre. Neuf cas ont été observés au delà de 60 ans, dont un chez une femme de 70 ans (Novy).

La malade la plus jeune est celle que concerne notre 4e observation et qui était âgée de 22 ans.

Ajoutant nos chiffres à ceux des cas publiés dans la thèse de Bourrely, nous trouvons, par ordre de fréquence :

Entre 40 et 50 ans inclus.....	90 cas.
Entre 50 et 60 ans inclus.....	47 —
Entre 30 et 40 ans.....	23 —
Au delà de 60 ans.....	9 —
Au-dessous de 30 ans.....	4 —
	173 —

Ce total est inférieur à celui du nombre des cas publiés, l'âge n'étant pas toujours mentionné.

Passé obstétrical. — Le plus grand nombre des femmes ont eu des enfants. Parmi les observations que nous rapportons et qui donnent des renseignements à ce sujet, nous relevons que 40 femmes *ont accouché :* 17 une fois, 8 deux fois, 5 trois fois, 4 quatre fois, 2 cinq fois, 2 six fois, 1 sept fois, 1 huit fois, 1 neuf fois. Relevant la date du dernier accouchement, lorsqu'il était signalé : dans 3 cas, il datait respectivement : de 24, 25, 26 ans; dans 3 cas, de 20 ans; dans 3 cas, de 18 ans; dans 4 cas, de 8 à 10 ans.

Quinze femmes ont eu des *avortements :* dans

9 cas, une seule fois; dans 3 cas, deux fois; dans deux cas, 3 fois; dans un cas, 5 fois. Le plus ancien remontait à 28 ans. Chez la femme dont nous parlons dans notre observation n° 4 (âgée de 22 ans), il y avait eu un avortement 8 mois auparavant.

Treize femme sont *nullipares*.

Passé gynécologique. — *Ménopause*. — Dans les 111 cas que rapporte Bourrély, « sur 30 malades, la ménopause s'était effectuée soit depuis 6 mois (2 cas), soit depuis plusieurs années (12 ans dans un cas) ». Dans la nouvelle contribution que nous apportons à l'étude de l'épithélioma tubaire primitif, nous avons relevé 25 fois la date de la ménopause.

Depuis	6 mois.....	3 fois.
—	2 ans	4 —
—	3 —	3 —
—	4 —	5 —
—	5 —	6 —
—	7 —	1 —
—	9 —	1 —
—	10 —	1 —
—	19 —	1 —

Au moment de l'intervention, cette dernière malade était âgée de 63 ans.

Menstruation. — Normale parfois, elle se modifie dans beaucoup de cas et se caractérise soit par son abondance (de 8 à 15 jours), soit par son intermittence et son irrégularité, soit par les douleurs qui l'accompagnent et deviennent de plus en plus vives.

Dans l'un de nos cas, la douleur apparaissait une quinzaine de jours avant les règles; celles-ci étaient accompagnées de douleurs expulsives (Obs. n° 7). Dans notre premier cas, les règles étaient peu abondantes, durant un jour au plus, et très douloureuses.

Lésions inflammatoires chroniques. — Pour *Sänger et Barth,* le carcinome tubaire se développe toujours sur un terrain chroniquement enflammé; la salpingite ancienne ne manque jamais, mais on doit considérer comme accidentelles les suppurations coexistant avec le carcinome.

Rossinsky, dans sa thèse, établit une relation entre une maladie infectieuse et le cancer. Von Herff traita une malade âgée de 42 ans, atteinte sans aucun doute de gonorrhée aiguë du péritoine pelvien. Cinq mois plus tard apparut une hémorragie, accompagnée de vives douleurs, amaigrissement et pertes roussâtres. Von Herff opéra onze mois après le début de l'infection pelvienne. L'examen de la tumeur tubaire montra qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif. Cette tumeur, dit-il, s'était évidemment développée, à la suite d'une salpingite, sur une muqueuse irritée par une infection chronique.

Horrock invoque l'infection microbienne et se base sur ce fait que le carcinome tubaire survient généralement chez les femmes stériles, à l'encontre du cancer du col et du corps utérin.

A l'encontre de ceux qui basent leur hypothèse sur la stérilité relative, résultat de l'inflammation, *Stolz* montre que la stérilité n'est pas plus fréquente chez

les femmes atteintes de cancer tubaire primitif que chez celles qui souffrent d'autres tumeurs.

Avec lui, *Zaugemeister Withauer, Eckardt, Quénu et Longuet* s'élèvent contre l'origine inflammatoire unique, sans nier cependant le rôle prédisposant des inflammations tubaires. La salpingite, dit Quénu, peut être secondaire dans bon nombre de cas. Toute néoplasie, à développement papillaire à la surface d'une muqueuse, s'infecte et infecte secondairement cette muqueuse. Seules auraient de la valeur les observations dans lesquelles l'annexite précéderait d'un temps très long l'éclosion des dégénérescences épithéliales.

Pour *Eberth et Kaltenbach, Doran et Fearne* la salpingite déterminerait la production d'un papillome bénin et ce dernier dégénèrerait en tumeur maligne.

Lecène trouve cette hypothèse exagérée. « C'est possible, mais invérifiable. Dans mon cas, comme dans bien d'autres, il existait incontestablement des lésions d'annexite ancienne, et il paraît bien vraisemblable qu'au niveau de la trompe, comme bien souvent en d'autres points de l'organisme, une lésion inflammatoire chronique préalable *fait le lit au cancer* ».

Lésions tuberculeuses. — Voigt, von Franqué, Lipschitz, Barrett, L'Espérance, Albrecht ont publié des observations de cancer tubaire développé sur une tuberculose des trompes. Pour *von Franqué* (1909), la tuberculose des organes génitaux de la femme crée une prédisposition au cancer de ces mêmes organes,

comparativement au développement du cancer cutané sur les fistules tuberculeuses.

Kraus, Ruge, Mœnch émettent des doutes sur cette hypothèse ou n'osent se prononcer.

Tumeurs de l'utérus et des ovaires. — Dans un certain nombre de cas, avec l'épithélioma tubaire il y a coexistence ou précession d'un fibrome utérin ou d'un kyste de ovaire. Dans sa thèse sur « L'épithélium de la trompe de Fallope chez la Femme » (Nancy, 1900), *Voinot* dit que *du chef d'un fibro-myome, d'un kyste de l'ovaire mucoïde ou dermoïde, il y a excitation de la vitalité de l'épithélium tubaire,* activité variable suivant le genre de néoplasme. Dans le cas de fibromyome, la caractéristique des trompes, c'est la richesse de leurs replis, l'abondance des houppes cellulaires de l'épithélium, et aussi l'activité productrice qui règne dans ces houppes dont les éléments, très minces et très élevés, semblent chevaucher les uns sur les autres, faute de place, et disposent leurs noyaux à toutes les hauteurs du revêtement : celui-ci paraît alors stratifié. C'est surtout à l'ampoule que l'on trouve ces dispositions au summum.

C'est surtout dans les cas de kyste dermoïde « (parfois aussi dans des cas de kyste mucoïde) qu'il a constaté d'actives modifications, plus ou moins analogues, dans leur ensemble, à celles observées pour les fibromyomes ».

Ne pourrait-on voir dans cette excitation de la vitalité de l'épithélium tubaire une prédisposition à la

prolifération épithéliale maligne ? — Nous n'avons pas à nous prononcer, nous émettons seulement une hypothèse.

Mœnch, en 1918, émettait un avis à peu près analogue (Voir *An. Path.*).

Dans la genèse du cancer, Léo Lœb attribue un rôle stimulant à la sécrétion ovarienne interne ; d'après lui, le premier changement des tissus, qui se manifeste éventuellement sous forme de croissance cancéreuse, doit avoir lieu beaucoup plus tôt qu'on ne l'avait soupçonné, à une époque où, morphologiquement, les tissus ne révélaient pas encore une énergie de croissance excessive.

Au niveau de l'oviducte, comme en d'autres points du petit bassin, existent parfois des inclusions de débris embryonnaires des canaux de Wolff. C'est ce qui fait admettre par certains auteurs l'origine dysembryoplastique des épithéliomas tubaires, d'autant plus qu'ils ressemblent absolument par leur structure aux cancers wolffiens de l'ovaire.

Pour *Herrenschmidt*, l'idée d'une hétérotopie vestigiaire, sorte de corps étranger vivant au sein d'un autre tissu, se rattache à la théorie, aujourd'hui classique de *Ménétrier*, de l'origine inflammatoire, irritative et banale du cancer. Une circonstance d'ordre congénital peut aboutir au cancer par le mécanisme très général de l'irritation chronique : soumises à des conditions nutritives et fonctionnelles anormales résultant de leur situation, « il y a là des cellules en hétérotopie et d'évolution pathologique tout à fait

comparables aux cellules modifiées par les inflammations chroniques ou englobées dans les tissus cicatriciels ».

« La pathogénie irritative du cancer épithélial est confirmée par l'expérimentation. Les causes qui sont à l'origine des tumeurs malignes sont multiples et non spécifiques; elles déterminent la pullulation désordonnée par un mécanisme biologique encore obscur, dont la suppression de l'influence régulatrice semble être une condition essentielle. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La rareté apparente des épithéliomas tubaires tient certainement à ce que, bien souvent, dans les affections des annexes, on n'examine pas avec assez de soin les tumeurs extirpées.

C'est ce qui advint dans le cas d'*Osterloh* qui, ayant enlevé une tumeur tubaire, la prit pour un pyosalpinx; mais un an après, des métastases s'étant produites au niveau de la cicatrice de la paroi, la pièce qui avait été conservée au laboratoire, fut examinée soigneusement et étudiée au microscope : c'était un carcimone tubaire.

Les épithéliomas sont, de beaucoup, les tumeurs les plus fréquentes; macroscopiiquement, ils ont d'ailleurs une grande ressemblance avec les papillomes et les sarcomes, comme l'a montré Zweifel.

L'interprétation histologique de ces tumeurs s'est montrée plusieurs fois erronnée, car certains auteurs ont cru voir une prolifération sarcomateuse en même temps qu'épithéliale, alors qu'il s'agissait manifestement d'un épithélioma.

Les sarcomes sont d'ailleurs extrêmement rares : Bourrely en signale sept cas ; deux autres ont été

publiés depuis, et dernièrement ont paru, à ce sujet, encore deux nouvelles publications : un cas a été publié en 1917, dans la *Gazette Médicale de Lima,* par Bello e Castaneda, et un autre en 1923, par Grisi dans *Annali di Ostetricia e Ginecologia* (Milan), n° 2. février 1923.

Macroscopie. — Si des nodules néoplasiques expulsés de l'ostium abdominale apparaissent entre les franges du pavillon ou leurs reliquats, ou bien si des nodules irréguliers se dessinent sous la tunique séreuse de la trompe, on comprend que la malignité de la tumeur soit déjà reconnue dès ce moment ; c'est ce qui arriva dans plusieurs cas.

Mais, dans la règle, à moins qu'elle ne soit rompue au cours de l'ablation, la tumeur est prise pour une salpingite. On l'ouvre après l'opération et l'on s'aperçoit qu'au lieu de contenir du pus, elle ne contient qu'un peu d'ichor, de couleur variable, dans lequel baignent des villosités, largement implantées sur la paroi tubaire et qui procèdent par arborisations, de plus en plus ramescentes à mesure qu'elles s'éloignent de leur point d'insertion. C'est comme une exagération monstrueuse de la disposition normale.

Siège. — La plupart des auteurs disent que la tumeur est bilatérale dans un tiers des cas ; dans le reste des cas elle siège aussi bien à gauche qu'à droite.

Dans notre travail, nous rapportons 99 cas nouveaux, à ajouter aux 114 publiés dans la thèse d'Anduze-Acher. Sur ces 99 cas, il y a 33 tumeurs bilaté-

rales et 66 unilatérales. Les cancers unilatéraux paraissent, d'après cette liste, deux fois plus fréquents que les bilatéraux.

Sur les 213 cas publiés, au total, il y a 139 épithéliomas unilatéraux et 74 bilatéraux; la proportion de bilatéralité est d'environ 36 pour cent.

Situation. — La tumeur se développe rarement dans l'abdomen (Cullen). Ordinairement, elle occupe le petit bassin, latérale à l'utérus; dans le cas de Barris, elle était coudée au-dessus et en arrière de l'utérus; Olivier et Martin disent que la trompe gauche se trouvait sur le fond et la face postérieure de la matrice. En même temps elle occupe le Douglas. Il n'y a rien, par là, qui la distingue d'une salpingite banale.

Connexions. — La trompe est à peu près aussi souvent libre qu'adhérente. Dans quatre de nos observations personnelles, les trompes étaient adhérentes. Ces adhérences peuvent être un reliquat inflammatoire ou le résultat de l'extension du processus néoplasique. Elles sont très denses, souvent impossibles à cliver et la tumeur dans notre 7e cas n'a pu être enlevée que par section du péritoine pariétal-pelvien. Ces connexions peuvent s'établir avec : l'utérus (Barrett, Schweizer, Stanca) ; l'ovaire (Stanca) ; le ligament large (pers. 4); le Douglas (Barrett, n° 3); le grand epiploon (Barrett, Schweitzer, Stanca); l'intestin (Amreich, Hillebrand, n° 3); la vessie (Sänger); la paroi abdominale (Osterloh, Schweigkart).

Volume. — Il varie de celui d'une grosse lentille (1er cas personnel) à celui d'une tête d'adulte (Orthmann). Dans le cas de Mœnch, la tumeur était de la grosseur d'un bras d'homme; dans celui de Barris, elle avait 36 cm. de circonférence; 10 cm dans celui de Stanca. Elle est souvent du volume du pouce, par exemple (n° 4 personnel, Ruge, etc.). Dans le cas de Cullen elle mesurait 14×12×4. Elle est de la grosseur d'une noisette : Lipschitz, Thaler; du poing : Kundrat. Benthin, Maiss, Fleischmann, n° 3 personnel ; d'une mandarine (n° 7). Elle a 18 cm. de long dans le cas d'Ursprung. La paroi est souvent épaissie (ex. : Espérance, n° 7); elle est aussi mince qu'une feuille de papier (Barris, Mœnch).

Forme. — Ordinairement, la trompe se dilate de l'orifice utérin vers l'abdominal où elle est renflée. Elle est en forme soit : de saucisson (Raabe, Karakoz, Philipps, Schäfer); de fuseau (Quénu. Bekmann); de cornemuse (n° 3); de poire (Guillemin, n° 6). Le renflement brusque qui vient s'ajouter parfois à la dilatation cylindrique de la masse est dû souvent à l'existence d'un kyste tubo-ovarien.

Direction. — Elle est commandée par la situation de la tumeur tubaire, celle-ci n'étant pas toujours transversale. Dans deux cas, il y avait torsion du pédicule. Dans notre 3e cas, les trompes sont renversées en arrière; l'oviducte peut être incurvé (Philipps), contourné (Wiesinger, Cullen). En forme de saucisson dans le cas de Schäfer, les trompes sont contournées

en S autour de l'axe longitudinal, en sens inverse des aiguilles d'une montre. Dans le cas de Guillemin, la trompe est coudée à angle droit à 2 cm. de l'utérus.

Surface extérieure. — Lisse, brillante, dans les cas de Sencert, Rohdenburg, Weinbrenner, elle présente dans ce dernier un gros réseau veineux, de même que dans celui de Guillemin. Elle est parcourue d'épaississements mamelonnés et de bourrelets séparés par des sillons, qui lui donnent un aspect godronné dans le cas de Schäfer. Les irrégularités sont dûes à des formations inflammatoires ou à des noyaux intra-pariétaux.

Coloration. — Brillante dans plusieurs cas, elle est rose vif (Guillemin); d'aspect marmoréen (Küstner, Schäfer); jaunâtre et piquetée de taches sombres suivant les sillons (Schäfer).

Consistance. — Variable suivant les points de la tumeur et l'épaisseur des parois tubaires, elle est tantôt ferme, tantôt élastique.

Contenu du sac tubaire. — L'incision de la trompe suivant son axe longitudinal permet d'apprécier les modifications de la muqueuse et de contrôler ensuite l'état des orifices.

Du liquide s'est écoulé dans la plupart des cas, plus ou moins abondant, une cuiller à café dans le 4e cas, 25 cm^3 dans un Vest, 300 cm^3 dans un autre cas. Il n'y en avait pas dans le cas de Guillemin.

Clair : Græfe, Fehling, Orthmann, Knauer, Müller, Doran, Mœnch.

Jaune citrin : Danel, Rohdenburg (25 cm^3).

Visqueux et sanguinolent : Sencert, Barris, Kalmann, Wiesinger, Ruge.

Brunâtre : Obs. pers. 7.

Hémorragique : Ries, comme dans une grossesse tubaire.

Purulent : Veit, von Rosthorn, cas personnels 2, 4, 7.

Souvent ce liquide est très fétide.

Prolifération épithéliale

1° Type papillaire. — L'aspect papillaire est le plus fréquent. On peut dire que la trompe irritée réagit par végétation.

Ces végétations « ont une base d'implantation généralement ténue; les différentes petites tumeurs qui constituent les grosses — les branches du chou-fleur, pourrait-on dire — sont indépendantes les unes des autres et ne se confondent entre elles que dans le cas d'épithélioma avancé » (*Macrez*).

C'est également l'opinion de *Pierre Delbet*, dans le cas de Tuffier : « En faisant le tour de la masse, on arrive sur un pédicule un peu plus résistant, irrégulièrement arrondi ne mesurant guère qu'un centimètre de diamètre. Au niveau du pédicule, la tumeur a traversé toute l'épaisseur de la trompe; mais tandis que ce prolongement n'est guère plus gros qu'un pois, la tumeur principale intra-tubaire a presque le volume du poing ».

Dans notre 5e cas, ces végétations intra-tubaires allaient se ramifiant en arborisations finement dentelées.

Elles peuvent combler la lumière de l'oviducte; souvent des particules sont détachées, de formes diverses : en grain de tapioca, de seigle. Elles envahissent souvent la paroi musculaire sous forme de nodules venant affleurer la séreuse.

Leur coloration est variable : blanchâtre (cas personnels 4, 5, 7), blanchâtre centrée par des grumeaux rose jaune (Morlot), blanc-jaunâtre (Hillebrand) ; blanc-grisâtre (Vest, Kaltmann); grisâtre (Vest); jaunâtre (n° 2, Küstner, Wiesinger, Drutmann) ; gris-verdâtre (Philipps); rouge-verdâtre (Ruge); marmoréenne (Küstner, Schäfer); rosée (Olivier et Martin). Ces variations de coloration des végétations dépendent de leur vascularisation et de leur dégénérescence.

2° Type massif, médullaire, encéphaloïde. — La masse tumorale est molle, friable, granuleuse ou spongieuse, riche en suc; ces caractères sont liés à la pauvreté de la trame conjonctive et à la dominance des éléments épithéliaux. Déjà, à l'œil nu, on y peut parfois déceler des foyers nécrotiques. Ce type se trouvait dans notre 3e cas, et, parmi d'autres, dans ceux de *Tonyô, Weinbrenner, Ruge* (1, 3, 4), *Thaler, Küstner, Schäfer*. Cette masse à type médullaire, qui comble la cavité et s'étend aux parois, peut voisiner avec un aspect papillaire (*Ruge*).

3° Type squirrheux. — Se rencontre rarement. Il a

été signalé par *Quénu :* « la consistance de la tumeur, qui a la taille d'une grosse fève, est dure, mais sur la coupe, le tissu présente un aspect lardacé, grisâtre, avec îlots jaunâtres » ; *Caraven et Lerat :* « la tumeur est lardacée » ; *Fonyó* (2) : « la tumeur, à la coupe, présente les caractères d'un squirrhe. Elle emplit la lumière tubaire, sa couleur est jaune sombre et piquetée de quelques taches jaunes et blanches ». L'intensité de la réaction conjonctive de la paroi et la limitation de l'invasion épithéliale nous portent à croire que dans notre 7e cas, il s'agissait d'un type analogue.

L'implantation des proliférations épithéliales se fait ordinairement au niveau de la muqueuse de l'*ampoule*. Dans un cas de *Kundrat* les néoformations siégeaient non seulement sur l'ampoule et l'isthme, mais encore envahissaient les franges du pavillon. Enfin, dans un cas de *Ruge*, la portion interstitielle était le siège d'une tumeur dont le point de départ probable était dans la partie moyenne. Probablement s'agit-il ici d'une *métastase résurgente*.

Etat des orifices tubaires

L'*ostium abdominal* reste parfois perméable (Le Count, Menderwort, Zum, Busch, Ruge 4, Olivier et Martin, cas personnel n° 5).

Dans quelques cas, l'orifice peut s'ouvrir dans l'ovaire, formant un *kyste tubo-ovarien :* Wynter Essex, Knauer, Kundrat 1, Fabricius, Raabe, Tehornaia, Latzko, Schwartz. Dans ce cas, il est parfois difficile de dire si le néoplasme a débuté dans la

trompe ou dans l'ovaire. Le plus souvent, l'*ostium abdominal est fermé*. Il se ferme de la même façon que dans les salpingites, que celle-ci soit antérieure ou secondaire au néoplasme. Le mécanisme est le même. Voici à ce sujet l'opinion récente de *Forgue et Grynfelt* : « *La face externe des franges n'a pas de revêtement séreux*; la muqueuse revêt aussi bien leur versant externe que leur versant tubaire. Le pavillon des classiques n'est en somme qu'une couronne ectropionnée, éversée, des plis de la muqueuse tubaire, et comme telle, est doté sur ses deux faces d'un revêtement bi-muqueux. Ainsi tombe la légende de l'accolement des franges par leur face péritonéale qui n'existe pas. En résumé, nous sommes conduits à admettre *deux modes d'occlusion tubaire* qui, d'ailleurs, peuvent se combiner sur la même pièce. L'un est le résultat d'un processus inflammatoire qui intéresse plus spécialement les plis de la muqueuse au niveau de l'ostium et des franges du pavillon : ce sont des phénomènes de *salpingite interstitielle,* avec destruction nécrotique de l'épithélium bi-muqueux des franges et symphyse progressive de leurs axes conjonctifs, suivie de leur rétraction inodulaire; c'est un processus comparable à celui qui détermine la sténose et l'oblitération des canaux revêtus de muqueuse. L'autre mode est caractérisé par une *péritonite périinfundibulaire,* dont les exsudats coiffent le pavillon d'une poche progressivement régularisée et organisée.

L'occlusion tubaire marque, anatomiquement et cliniquement, une phase capitale de l'évolution de la

salpingite : dès ce moment, la rétention et la distension tubaire s'établissent, génératrices de grosses lésions à opérer; dès ce moment (et c'est souvent dès l'entrée dans la vie sexuelle), la femme est stérilisée ».

L'*ostium utérin* est souvent perméable, et c'est ce qui explique l'écoulement régulier du liquide contenu dans la trompe. Mais la perméabilité peut être diminuée soit du fait des fragments tumoraux, soit à cause d'une occlusion physiologique intermittente de l'orifice. Et ceci explique bien le phénomène d'Hydrops tubæ profluens, dans lequel, pour s'écouler, le liquide doit acquérir une certaine tension.

L'ostium utérin est parfois oblitéré. La trompe dans ce cas se laisse distendre et se présente comme un *hydrosalpinx* contenant une tumeur (Fabricius, Salin, Mœnch, etc...). Il est difficile de dire si l'hydrosalpinx a précédé ou suivi l'apparition du néoplasme. Dans le cas de Mœnch, il y avait un gros hydrosalpinx gauche contenant la tumeur, avec infiltration légère de mononucléaires dans la paroi, mince comme une feuille de papier; à droite, un hématosalpinx avec une grosse réaction inflammatoire. D'après cela, il admet que l'hydrosalpinx a précédé le cancer, car un gros hydrosalpinx ne se développe pas du jour au lendemain, et le cancer n'était ni très ancien, ni très étendu, si l'on en juge d'après l'image histologique. A cet appui, la femme n'avait eu qu'une grossesse, vingt ans avant, ce qui permet de supposer l'existence d'une vieille lésion inflammatoire sur laquelle s'est développée la tumeur.

Etat des organes voisins

L'*ovaire* est parfois atrophique ou bien scléro-kystique (n° 1) ou franchement kystique. Il est assez souvent envahi. On a trouvé dans plusieurs cas des kystes du parovaire ou du ligament large (n° 3).

L'*utérus* était fibromateux dans une quinzaine de cas, dont ceux de Mœnch, Schäfer, cas personnels 3 et 5. Si des tumeurs aussi profondément différentes n'étaient pas développées dans le même organe, elles voisinaient, du moins, dans le même appareil génital, et l'on peut admettre que l'état pathologique de la trompe ait retenti sur l'utérus ou vice versa (*Mœnch*).

Métastases

Comme l'a dit Kehrer, les rapports du cancer tubaire sont particulièrement favorables à la production des métastases, par suite de la minceur des parois de l'oviducte.

1) *Propagation de voisinage.* — La tumeur en proliférant peut envahir les parties voisines du mésosalpinx et du ligament large, l'ovaire, l'utérus et ultérieurement les ganglions pelviens.

2) *Métastases par voie lymphatique.* — Elles se font :

Par progression directe dans les lymphatiques issus de l'ovaire et du corps de l'utérus: par la *voie utéro-ovarienne* dans les ganglions collecteurs échelonnés de chaque côté de l'aorte, depuis l'origine de l'iliaque primitive en bas, jusqu'au bord inférieur du pédicule

rénal en haut; par la *voie principale* au ganglion principal; par la voie collatérale postérieure aux ganglions sacrés; *par la voie du ligament rond* aux ganglions inguinaux (cas n° 5); *par progression rétrograde*; le cancer peut ainsi gagner des territoires lointains et semer des métastases à topographie paradoxale.

Dans notre 5e cas, on peut considérer comme métastase rétrograde, l'apparition d'un nodule cancéreux au voisinage du tubercule vaginal. Des métastases peuvent se faire par cette voie dans l'utérus et l'ovaire.

On a observé des métastases dans la plupart des organes :

Ganglions pelviens : nombreux cas.

Ganglions paravertébraux et mésentériques : Stanca.

Ganglions inguinaux : Rosthorn, cas personnel n° 5, et sus-claviculaires.

Péritoine pelvien, épiploon, intestin grêle, appendice, cœcum, sigmoïde, rectum, estomac (cas n° 5), foie, diaphragme, rein (Coulaud), *rétro-auriculaire* (Vest).

Métastases dans l'utérus. — Observées dans plusieurs, cas au niveau du corps et du col (Jacobs Lecène...), au niveau du corps (Bekmann, Ruge...).

a) *Par implantation sur la muqueuse utérine.* — Elles sont fréquentes en raison du voisinage de la lumière tubaire et de la cavité utérine et grâce aux mouvements péristaltiques qui poussent les débris cancéreux vers l'utérus. Cependant en 1916, Thaler

trouva des fragments tumoraux libres dans la cavité utérine, dont la muqueuse était normale. Dans plusieurs cas, l'utérus n'avait pas été enlevé au cours de l'opération parce qu'il était sain; il était envahi à la récidive. Ce qui montre bien la nécessité d'une exérèse totale.

b) *Par implantation sur la séreuse utérine*, par expulsion de débris cancéreux au niveau de l'ostium abdominale et greffe sur la séreuse (Kehrer, Fehling, Danel, Zum Busch, Fabricius, Doran, Schweitzer).

c) *Par voie lymphatique :* foyers secondaires dans la paroi utérine (Franqué, Lecène, Ruge...). Dans le cas de Ruge, la métastase se limite à la musculature externe, tandis que l'interne est intacte.

d) *Par voie sanguine. — Lecène*, dans son cas, a trouvé une métastase au niveau de l'utérus et dans l'ovaire opposé, tandis que l'ovaire correspondant était sain. « Il est infiniment vraisemblable que ces envahissements secondaires néoplasiques se sont faits par la voie sanguine (veineuse rétrograde probablement) et non par la voie lymphatique; la disposition normale des lymphatiques de l'utérus et des annexes ne permettrait pas d'expliquer des métastases aussi irrégulières; de plus, il faut ajouter que les ganglions lymphatiques pelviens, autant du moins qu'il est possible de s'en rendre un compte exact au cours d'une laparatomie, ne présentaient pas d'envahissement néoplasique apparent. »

Ruge, ayant observé un cas analogue, n'est pas de

cet avis. « L'apparition des métastases par les voies lymphatiques est beaucoup plus probable. Mais comme ici on ne peut rien dire de plus au sujet des vaisseaux sanguins et lymphatiques, on ne peut être affirmatif. »

Ascite

Elle n'est signalée que dans une douzaine de cas. Sauf dans le cas de *Duret,* elle n'a jamais acquis de grosses proportions. Dans les cas où l'ostium est ouvert on peut concevoir que les végétations sécrétant une substance colloïde la déversent dans la cavité abdominale (Le Count). Mais dans plusieurs cas où l'ostium était ouvert il n'y avait pas d'ascite, par exemple dans notre 5e cas où les deux ostia abdominaux étaient perméables. Il semble plus rationnel de voir dans l'ascite le résultat des métastases dans le péritoine qui n'ayant pu isoler le corps irritant par la formation d'adhérences, réagit sous forme d'ascite Pozzi. En somme, l'apparition de l'ascite, au cours de l'épithélioma tubaire, comme au cours des autres tumeurs, doit être interprétée comme un signe défavorable traduisant la malignité de l'évolution.

HISTOLOGIE

Classification

Sänger et Barth (Martin's-Krankheiten der Eileiter 1895, p. 253) considèrent deux formes :

a) papillaire;

b) papillo-alvéolaire, qui correspond à l'adénomie malin de la muqueuse utérine.

Friedenheim (Berlin. Klin. Woch. 1899, XXV, p. 542) propose la classification suivante :

1. Cancer muquo-membraneux.
   a) papillaire;
   b) papillo-alvéolaire.
2. Cancer de la paroi : alvéolaire.

Falk décrivait (Therap. Monatschr. 1897, XI, 313 ; Berl. Klin. Woch. 1898, XXXV, 554) :

a) Papillome bénin;

b) Papillome malin;

c) Epithélioma papillaire.

Au sujet du cas de Friedenheim qui observa un carcinome à disposition alvéolaire, avec intégrité de la muqueuse, *Quénu* fait cette interprétation : « L'auteur pense que la tumeur s'est développée dans une trompe accessoire. Nous y verrions plus volontiers une disposition analogue à celle des cancers sous-muqueux du tube digestif, dont l'origine se trouve cependant dans l'épithélium de recouvrement. »

Avant d'aborder l'étude histologique, nous rappelons que :

à l'étranger : carcinome = cancer;

en France, carcinome = épithélioma atypique.

Pour étudier la dégénérescence épithéliale à son origine, il faut considérer les cas où la simplicité des néoformations avait fait penser à un papillome, alors que l'évolution clinique démontra la malignité du néoplasme. Il en était ainsi dans les cas de Kaltenbach et

de Doléris. Et c'est ce qui fait dire à Quénu : « De telles observations étayent singulièrement notre thèse, à savoir qu'il *y a lieu de démembrer la classe des papillomes*; que les uns doivent retourner au chapitre des annexites, les autres à celui des épithéliomes ».

A un stade plus avancé, les axes conjonctivo-vasculaires recouverts d'un épithélium plus ou moins cylindrique, par places simple, ailleurs stratifié, ne se limitent pas à proliférer au niveau de la muqueuse et poussent des prolongements dans la profondeur, refoulant le tissu musculaire ou le dissociant.

Traduisant une malignité plus grande, la prolifération épithéliale, qui garde par endroits son aspect originel, apparaît dans l'ensemble, formée de cordons pleins constitués uniquement d'éléments épithéliaux, cylindriques parfois, mais le plus souvent cubiques, arrondis ou encore polygonaux par pression réciproque. Leur tassement est tel que, par endroits, les cellules épithéliales prennent un aspect fusiforme. Les travées conjonctives sont rares, grêles, et dessinent des contours plus ou moins réguliers. C'est là l'image de l'épithélioma atypique, à côté de laquelle se trouvent d'autres aspects qui rappellent la structure originelle avec un épithélium cylindrique simple ou tratifié : Nous décrirons donc des épithéliomas tubaires typique et atypique; nous signalerons aussi des formes métaplasiques qui se traduisent par l'apparition d'un épithélium pavimenteux.

A. Epithélioma cylindrique typique, papillaire. — Le revêtement épithélial des papilles peut être unistratifié; il est souvent signalé. « La tumeur était formée de papilles tapissées d'une seule couche de cellules épithéliales cubiques dont quelques-unes avaient conservé leurs cils vibratiles. La régularité de ces cellules avait même fait penser à tort à un papillome bénin. » (Kaltenbach).

« Les papilles, longues, épaisses, irrégulièrement arborescentes sont revêtues d'un épithélium cylindrique simple; le stroma est pauvre en cellules. Par endroits les papilles pénètrent dans la musculaire et vont y former des tubes tapissés d'un épithélium à une seule couche de cellules. Mais ce qui est frappant, c'est que les boyaux cancéreux pénétrant dans la musculaire sont relativement rares, alors qu'ils se propagent surtout vers la lumière tubaire. » (Fonyó).

Dans notre premier cas, les éléments épithéliaux se présentent soit sous le type papillaire, recouvrant un axe conjonctif d'une seule assise de cellules, soit sous forme de boyaux à contours irréguliers, prenant par endroits une disposition arrondie et de ce fait un aspect glandulaire. En d'autres points, les cellules épithéliales sont groupées en petits îlots séparés par des bandes conjonctives. En quelques endroits, les cellules sont « volumineuses, parfois fusionnées entre elles et prennent un aspect giganto-cellulaire ». Malgré ces quelques aspects anormaux, la préparation dans l'ensemble est formée de tubes et de cavités, celles-ci très nombreuses rappelant une image glandulaire.

Mais souvent les axes conjonctifs sont recouverts de plusieurs assises épithéliales. « Les tumeurs des deux trompes étaient constituées, en certains points, par des prolongements arborescents recouverts d'un *épithélium cylindrique très haut, très régulier, disposé en plusieurs couches*; en d'autres points par des placards où l'épithélium proliféré avait l'apparence de glandes. Il s'agit d'un cancer caractérisé par ses *formations adénomateuses et papillaires* et par sa marche lente. » (Cullen).

Dans le 2e cas de Fonyó, « les sinuosités de la muqueuse tubaire sont partout recouvertes d'un épithélium à plusieurs couches de cellules et nulle part d'un épithélium cylindrique. Les cellules sont grosses ou petites, la plupart arrondies, irrégulièrement déformées, tassées les unes sur les autres par endroits, clairsemées en d'autres. Il y a de gros noyaux ovales fortement colorés; quelques-uns présentent des figures de karyokinèse ».

« Les papilles, très denses par endroits, sont recouvertes d'épithélium stratifié, dont les noyaux ronds ou ovalaires remplissent tout le corps de la cellule. Les prolongements villeux du tissu conjonctif banal de la papille s'enfoncent dans la paroi de la trompe; à leur niveau se forment des dépôts médullaires. Les papilles isolées présentent une couche épithéliale unique comme l'épithélium tubaire. » (Maiss).

« Les papilles sont constituées par un axe conjonctivo-vasculaire, autour duquel se disposent des assises de cellules épithéliales, en général régulièrement dis-

posées. Nulle part, on ne voit les axes conjonctifs envahis par des boyaux épithéliaux qui ne font que les revêtir. » (Sencert).

B. Epithélioma atypique. — Ici l'épithélium cylindrique originel est le plus souvent méconnaissable. Les cellules sont groupées sans ordre, tassées les unes sur les autres, cylindriques en quelques rares points, le plus souvent cubiques, polygonales ou arrondies, parfois même fusiformes. Par endroits, se manifestent des zones de nécrose, par insuffisance vasculaire. Le tissu conjonctif apparaît sur les coupes sous forme de travées fibrillaires plus ou moins épaisses, dont les cellules propres sont rares ou absentes; les éléments épithéliaux les chevauchent et les recouvrent souvent. Parfois les travées conjonctives paraissent circonscrire des îlots épithéliaux, formant ce que les Allemands appellent le *type alvéolaire*. Ce que *Masson* dit au sujet des épithéliomas mammaires on peut l'appliquer aux épithéliomas tubaires.

« Sur les coupes, les cellules néoplasiques sont groupées en amas, cordons ou tubes qui paraissent entourés de toutes part par le tissu conjonctif et isolés les uns des autres. Cet isolement peut être réel par places, lorsque le stroma est très abondant. Le plus souvent, il n'est qu'apparent : tubes et cordons sont en continuité les uns avec les autres et ne semblent isolés que par suite de l'incidence du plan de coupe qui les intéresse sous un angle varié. On ne peut donc plus accepter le nom de *carcinomes alvéolaires*, employé depuis Virchow pour désigner la plupart des épithé-

liomas, car ce mot consacre une erreur d'interprétation. » Il ne peut donc s'agir que d'aspect pseudo-alvéolaire; Fonyó, de Budapest, écrit que le prototype du cancer des trompes est le cancer papillaire, dont l'image alvéolaire n'est qu'une illusion d'optique.

Il est rare de ne pas observer des *formations pseudo-glandulaires.* Elles sont signalées dans de nombreux cas. « La tumeur molle qui remplissait la trompe droite est formée par un épithélioma atypique infiltré, très pauvre en stroma conjonctif, très riche au contraire en cellules épithéliales; celles-ci sont en général cubiques, à protoplasma faiblement coloré, à noyau volumineux, hyperchromatiques, souvent en division indirecte atypique; en certains points, les cellules sont ordonnées encore en *tubes pseudo-glandulaires,* mais en majorité, *ces cellules sont tassées les unes contre les autres et forment* des boyaux pleins infiltrés dans tous les sens. » (Lecène). Thaler, Hillebrand, Robinson, Latzko, Bekmann signalent cet aspect. Il existait également dans plusieurs de nos cas.

Mais, ce qui est caractéristique de l'atypicité, ce sont ces amas pleins, médullaires, encéphaloïdes suivant les auteurs, pseudo-alvéolaires. Les cellules épithéliales forment des *cordons massifs* et çà et là l'on aperçoit des travées papillaires. Stanca « trouve le tissu de néoformation constitué par de nombreuses cellules disposées en alvéoles. Les cavités alvéolaires sont grandes, très irrégulières dans leur forme, séparées les unes des autres par de minces espaces conjonctifs. Cette disposition alvéolaire, qui domine nette-

ment au voisinage des couches superficielles, fait place, à mesure qu'on se rapproche de la lumière de la trompe, à une néoformation présentant les caractères typiques d'une structure papillaire. »

Olivier et Martin trouvent « des boyaux épithéliomateux, tantôt pourvus d'une lumière centrale plus ou moins bifurquée et tortueuse, tantôt pleins. Ces boyaux sont formés de cellules à contours mal définis, mais individualisées par des noyaux gros, ovales ou arrondis. On rencontre beaucoup de mitoses, la plupart désordonnées. Il y a aussi beaucoup de noyaux hyperchromatiques et des cellules en voie de dégénérescence acidophile. Ces boyaux affectent tantôt la disposition alvéolaire, tantôt la disposition papillaire ».

Schäfer décrit « des alvéoles qui contiennent des masses cellulaires avec noyaux fortement colorés. Par ci, par là, cellules géantes et formations vacuolaires. Par places, on voit proéminer dans les alvéoles des prolongements papillaires. Sur une coupe du côté de l'utérus, la tumeur prend davantage l'aspect d'un carcinome papillifère ».

Dans notre 6e cas, « les cellules tumorales présentent des affinités tinctoriales identiques à celles de l'épithélium, mais des formes variables : *cubique, polygonale ou même fusiforme.* Quelques noyaux monstrueux apparaissent de place en place ».

Dans la description de Guillemin et Morlot, l'anarchie cellulaire est évidente. « Il y a de grandes papilles se dycotomisant de façon innombrable; elles sont peu

nombreuses. Les tubes pleins sont formés par un entassement de cellules épithéliales ayant perdu tout caractère propre, dont la membrane cellulaire est disparue et dont on ne voit plus que de volumineux noyaux à réseaux chromatiques et à nucléoles très colorables. *L'aspect général de ces zones rappelle de très près le sarcome globo-cellulaire à gros éléments.* Il paraît bien que ces formations tubulées sont la résultante de la prolifération intense des zones carcinomateuses, de la fusion entre eux de ces acini cancéreux, ou bien de l'accolement des papilles richement bourgeonnantes. A noter que dans ces diverses formations on rencontre des cellules épithéliomateuses géantes, plurinuclées avec inclusions chromatiques, vacuoles, nombreuses figures de caryocinése typiques et surtout atypiques. »

On constate parfois des *foyers de nécrose* ; dans notre 3e cas, il y avait de larges plages nécrotiques liées à l'insuffisance de vascularisation des nodules massifs, sur les bords desquels on pouvait suivre la désintégration cellulaire. Discrète ou étendue, apparaissant parfois dans le centre des amas, la nécrose est signalée par plusieurs auteurs.

En résumé, il est rare de ne rencontrer qu'un seul aspect : *papillaire ou massif.* La plupart du temps, l'*épithélioma papillaire typique voisine avec des zones de cancer massif.*

« *La plupart des épithéliomas de la trompe sont des épithéliomas métatypiques.* » (Quénu).

Sroma. — La stroma-réaction est généralement peu marquée. Parfois d'allure irritative et hyperplasique, elle se traduit par une multiplication des cellules conjonctives. Il est possible que cet aspect ait fait décrire comme lésions associées de sarcome et d'épithélioma des cas qui n'étaient probablement caractérisés que par une prolifération épithéliale (Penkert, Scheffzek, Eglington).

Le plus souvent, dans les cas qui la signalent, elle est du type inflammatoire et se traduit par un *infiltration lympho-plasmocytaire* et l'apparition de néo-vaisseaux. Dans le 1er cas de *Vest*, il y avait une infiltration leucocytaire considérable à la base de la tumeur; dans le second cas, au niveau de la couche musculaire. *Olivier et Martin* décrivent un stroma très inflammatoire comprenant du tissu conjonctif semé de plasmocytes, en amas ou disséminés sans ordre, et des néo-capillaires en grande abondance. Dans le cas d'*Eglington*, la muqueuse de la portion proximale de la trompe est complètement remplacée par un tissu granuleux très vascularisé, où l'on trouve de nombreux foyers de leucocytes et des cellules plasmatiques. A mesure qu'on s'approche de la tumeur, augmentation progressive du nombre des leucocytes dans la muqueuse. Pour notre 6e cas, dans le tissu conjonctif qui forme la charpente, on constate une réaction inflammatoire subaiguë avec diffusion lympho-plasmocytaire et quelques discrètes hémorragies, punctiformes par endroits.

L'abondance du stroma conjonctif dans certains cas,

d'ailleurs rares, correspond aux SQUIRRHES dans lesquels la prolifération épithéliale est limitée, circonscrite. La masse cancéreuse est peu volumineuse, dure, lardacée. Et si elle prolifère librement dans la lumière tubaire elle n'envahit que faiblement la paroi conjonctivo-musculaire.

Peut-être s'agit-il d'une forme analogue dans notre 7e cas « où les fibres musculaires sont rares et étouffées par la réaction conjonctive. Ce tissu conjonctif, pauvre en cellules, riches en fibrilles, contient dans ses mailles de nombreux leucocytes. On voit peu d'éléments épithéliaux, par petits groupes ».

C) EPITHÉLIOMA MÉTATYPIQUE, A TYPE PAVIMENTEUX. — *Kleinhaus* pense que, dans certains cas, un carcinome peut se développer sous le type pavimenteux par métaplasie de l'épithélium cylindrique de revêtement tubaire.

Schröder dit qu'on peut établir tous les degrés de différenciation dans la région du conduit de Müller. Partout on trouve des carcinomes non mûrs, non différenciés et dans tous les segments on constate une tendance à la différenciation. Aussi bien dans la trompe que dans le corps utérin, il peut se produire des cancers à cellules pavimenteuses; de même, dans le vagin, il peut se produire des cancers à cellules cylindriques en passant par toutes les transitions. Dans la plupart des cas signalés, ce n'est pas un épithélioma pavimenteux pur; c'est par places seulement qu'apparaît cette hétéroplasie.

Dans le cas de *Routier* (1893) « Un des bourgeons épithéliaux montre des cellules adhérentes les unes aux autres. Au contact de la trame conjonctive, elles ont l'aspect cylindrique, puis prennent le type pavimenteux. Le groupement des éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche de Malpighi ».

Orthmann (1907) trouve l'épithélium cylindrique transformé sur certains points en épithélium plat logé dans des alvéoles, et des globes cornés.

Wiesinger, dans un cas, trouve les villosités revêtues de tractus épithéliaux pavimenteux à plusieurs couches.

L'Espérance (1917) décrit un cancer à type plexiforme avec zones rappelant une épidermisation; cancer développé sur un processus tuberculeux.

Barrett, en 1916, trouve des cellules tumorales kératinisées; il y a quelques nids cellulaires. La tumeur a l'aspect typique d'un cancer cellulaire squameux. Dans d'autres parties de la trompe, la kératinisation ne s'est pas produite et les cellules tumorales ressemblent aux cellules en palissade de l'épithélium squameux. En résumé, *cancer corné* à cellules squameuses et polygonales avec tuberculose granuleuse et caséeuse.

Dans le cas d'*Amreich* (1922), la tumeur était un carcinome alvéolaire à petites cellules pavimenteuses très abondantes, et pauvre en tissu conjonctif. Il faut admettre, dit-il, que les cellules épithéliales cylindriques de la trompe se sont métaplasiés en épithélium pavimenteux, avant l'évolution carcinomateuse.

Ainsi entre l'épithélioma cylindrique, qui est la forme fondamentale de l'épithélioma tubaire, « comme de l'épithélioma utérin, et l'épithélioma épidermoïde, forme fondamentale du cancer vaginal, on observe tous les intermédiaires. Ces formes intermédiaires peuvent être considérées comme telles, parce qu'on peut les observer toutes dans les tumeurs nées de l'utérus, et surtout parce qu'on peut les trouver réunies, à plusieurs, dans le même néoplasme ». (*Masson.*) Ainsi, au niveau de la trompe peut-il y avoir des *épithéliomas mixtes* et des *épithéliomas épidermoïdes purs.*

D) Tumeurs a « aspect périthélial ». — Nous rapportons deux cas publiés comme périthéliomes. « Partout où existent des tumeurs conjonctives ou épithéliales, on pourra rencontrer l'*aspect périthélial,* simple apparence dûe à des remaniements par nécrose ou hémorragies. » (Roussy et Leroux). Nous ne discuterons pas à ce sujet, puisqu'aujourd'hui on n'admet plus l'existence du périthéliome. Ces tumeurs doivent rentrer dans le cadre des épithéliomas, au moins dans le cas particulier.

Quant aux *tumeurs complexes,* au mésothéliome que décrit Eglington, il est probable également que ce soit un épithélioma. « Individuellement les cellules rappellent un sarcome, la disposition générale est beaucoup plus celle d'un carcinome. » Nous ne pouvons

discuter sur les trois autres cas que nous signalons, n'ayant que des renseignements insuffisants.

Peut-être pourrait-on faire rentrer ces tumeurs dans le cadre des *Epithélio-sarcomes*; mais nous n'entrerons pas dans cette discussion, ne voulant pas dépasser le but que nous nous sommes proposé.

Diagnostic anatomo-pathologique

I. « *A part leur siège, rien ne permet de distinguer les épithéliomas de l'oviducte des cancers wolffiens de l'ovaire* ». (Masson.)

Lorsqu'il existe des lésions cancéreuses au niveau de l'ovaire et de la trompe, comment peut-on établir que la trompe en est le siège primitif ?

1° Le cancer de l'ovaire atteint rapidement de grandes dimensions tandis qu'ordinairement le cancer de la trompe est beaucoup moins volumineux.

2° Lorsque la tumeur a son point de départ dans la trompe, elle est toujours plus volumineuse que les noyaux trouvés sur les organes voisins, et l'*origine de la prolifération a lieu dans la muqueuse.*

Dans le cancer de la trompe secondaire à un cancer de l'ovaire, l'envahissement se fait par la séreuse. C'est l'avis de *Quénu et Longuet* : « Les observations de tumeurs végétantes ou de kystes végétants de l'ovaire sont innombrables, et ni d'après nos constatations opératoires, ni d'après nos lectures, nous ne connaissons d'exemples où l'on ait vu des tumeurs végétantes semer des greffes à l'intérieur des trompes

ou de l'utérus, alors que pourtant toute la surface de ces organes peut être infectée ».

De plus, alors qu'une ascite abondante est de règle dans le cancer ovarien, elle est exceptionnelle dans l'épithélioma tubaire primitif.

3° Dans le cas de *kyste tubo-ovarien* présentant une prolifération épithéliale, il est aussi difficile de prouver qu'il s'agit d'un cancer développé aux dépens de l'ovaire, que de prouver le contraire. Cependant, selon toute vraisemblance, en se basant sur le volume de la trompe et de l'ovaire, le siège dans l'ampoule, et les caractères histologiques, « il semble que ces cas puissent être rangés dans le nombre des cancers tubaires primitifs ». (*Mœnch.*)

II. Lorsque utérus et trompes sont envahis par la tumeur, quel est son siège primitif ?

Lorsqu'un cancer du corps utérin se propage à la trompe, c'est par implantation de voisinage sur la muqueuse; le recouvrement épithélial de l'ostium utérin est envahi. Au contraire, dans le cancer tubaire, l'ostium utérin est ordinairement sain (la tumeur siégeant dans l'ampoule) même dans les cas où se produit une expulsion de débris tumoraux dans l'utérus, sous l'influence du péristaltisme, la greffe se faisant suivant le sens de circulation du contenu. De plus, la propagation de l'épithélioma tubaire à l'utérus est fréquente, soit dans la muqueuse, soit dans la paroi, tandis que l'inverse est exceptionnel.

III. *Diagnostic avec les lésions hyperplasiques.* —

Plusieurs auteurs ont signalé des lésions épithéliales hyperplasiques de la trompe simulant le cancer (Neu, Kraus, etc...). Récemment (*Bull. Soc. Anat.* fév. 1923, p. 200) Diss et Kuhlmann ont publié un cas d'hyperplasie tuberculeuse de la trompe simulant un cancer.

A ce sujet, d'après Masson, une certain nombre de constatations permettront d'éviter toute erreur. Dans les lésions hyperplasiques, les cellules épithéliales montrent *peu de figures de mitose* et presque jamais de mitoses anormales. *Leur invasion ne dépasse pas le plan de la muqueuse.* La sous-muqueuse, et à plus forte raison la musculeuse, sont toujours indemnes.

Dans les cas où la tuberculose est la cause de l'hyperplasie, les interstices des tubes épithéliaux sont remplis par un *granulome diffus où apparaissent çà et là des cellules géantes et des cellules épithélioïdes caractéristiques.*

Lorsque le gonocoque est en cause le *granulome* diffus est surtout *plasmocytaire.*

ETUDE CLINIQUE

Quénu et Longuet écrivaient en 1901 : « Le tableau clinique du cancer de la trompe est jusqu'ici si peu précis, que dans aucun cas le diagnostic n'a été porté ». D'après les cas publiés depuis cette époque, nous avons constaté que le diagnostic exact avait été fait trois ou quatre fois, soit grâce à l'examen du liquide cancéreux recueilli par ponction exploratrice de la tumeur accolée aul-de-sac postérieur, soit par constatation « d'Hydrops tubæ profluens » ou la palpation d'une tumeur en saucisson.

Nous voyons, de ce fait, que la symptomatologie est fort difficile à interpréter. De l'analyse que nous allons en faire, nous essaierons d'en dégager des données pratiques qui pourront servir à reconnaître cette variété de tumeur.

Symptômes fonctionnels. — Les troubles ne se manifestent pas de façon absolument identique chez les femmes qui ont atteint ou dépassé la ménopause, et chez celles qui n'ont pas encore atteint cette période.

Après la ménopause, les premières manifestations se traduisent ordinairement par un écoulement vagi-

nal d'abord séreux ou jaunâtre, qui ne tarde pas à se teinter de sang et parfois à devenir fétide. Il diminue ou s'arrête par périodes, pour reparaître ensuite plus abondant, sous l'aspect de vomique tubaire; puis il se continue, comme auparavant, compliqué de temps en temps d'hémorragies pures. Cet écoulement vaginal s'accompagne de douleurs, localisées d'abord à la région pelvienne ou abdominale et qui irradient ensuite dans les lombes ou la région sacrée.

Chez les femmes plus jeunes, le tableau n'est pas absolument identique, en raison de la menstruation. Celle-ci n'est évidemment pas toujours modifiée et le cancer tubaire se manifeste même souvent, sans modifications des règles, par la présence d'une leucorrhée dont l'abondance et les caractères sont variables; dans quelques observations, nous avons même relevé que la malade n'avait présenté aucun trouble fonctionnel, ni leucorrhée, ni douleur, ni hémorragies : elle venait consulter pour une tumeur abdominale dont elle-même avait constaté l'existence.

Quoi qu'il en soit, dans un certain nombre de cas, des troubles se manifestent du côté des règles. Ce sont tantôt des ménorragies abondantes, plus rarement une diminution de la durée des règles qui durent un jour à peine, peu abondantes et très douloureuses, ou même une aménorrhée durant plusieurs mois.

Leucorrhée ou hémorragie s'accompagnent presque toujours de douleurs d'abord espacées, puis se manifestant fréquemment et devenant souvent intolérables.

Plus tard, à ces douleurs intolérables viennent

s'ajouter une altération de l'état général et la perte des forces, en même temps qu'augmentation de volume de la tumeur.

Nous allons maintenant reprendre en détail l'étude de chacun des symptômes.

Début. — Le début, insidieux, remonte à une date qu'il est difficile de préciser, mais qu'on peut quelquefois soupçonner par l'apparition du premier signe remarqué par la malade. Assez souvent, c'est après une infection des suites de couches, un avortement, parfois après une salpingite que les symptômes se manifestent. *Douleur* ou *leucorrhée* ne remontaient qu'à 3 jours dans le cas de Wynter Essex; ordinairement, elles datent de plusieurs mois à deux ans. Dans un cas de Westermark, les symptômes duraient depuis 6 ans. Dans le cas d'Eglington, la malade, âgée de 47 ans, avait passé la ménopause depuis 3 ans; elle se plaignait d'un *écoulement vaginal aqueux et fétide*, souvent teinté de sang, *depuis* 13 *ans*. Cet écoulement, accru depuis un an, avait été aggravé récemment par une *grosse hémorragie*.

En règle générale, la *douleur* ou la *leucorrhée* se manifestent les premières.

Ensuite, par fréquence décroissante, le début se manifeste par :

une association de la douleur et de la leucorrhée;

la douleur et les ménorragies;

les métrorragies associées ou non à la douleur;

l'altération de l'état général et une tumeur associées;
une tumeur isolée;
très rarement, la dysménorrhée (Neugebauer, cas personnel n° 1) ou l'aménorrhée (cas personnel n° 7, Goodrich, Kalmann...).
des troubles de la miction, particulièrement dans les cas de Ries et Teubner.

Période d'Etat. — 1° La douleur est le symptôme le plus constant. Elle est dûe, d'après Kehrer, aux adhérences et à la distension de la paroi tubaire par le néoplasme. Mais on ne doit pas oublier que l'infection et l'envahissement des nerfs ou de leurs terminaisons par le néoplasme jouent un rôle important.

Siège. — Uni ou bilatérale son siège de prédilection est l'hypogastre, le pelvis, l'abdomen, puis la région sacrée, les fosses iliaques.

Irradiations lombaires, sacrées, dorsales, *dans les membres inférieurs* (cas personnel). Rarement la douleur irradie vers l'épigastre (Doran).

Caractères. — Chez l'une de nos malades, c'était d'abord une sensation de *pesanteur* dans le pelvis, accompagnée de douleurs *expulsives,* comme au cours d'un accouchement; par moments, elles devenaient *lancinantes,* profondes. Dans le cas de Weinbrenner, c'étaient des *crampes* dans le ventre et la région sacrée. On peut ainsi observer tous les degrés, « depuis la simple pesanteur jusqu'aux coliques salpingiennes les plus vives » (*Quénu*).

Elles sont le plus souvent continues, sourdes, avec des paroxysmes. Toujours gênantes, elles obligent la malade à s'aliter au moment des crises paroxystiques et s'accompagnent souvent alors de quelques vomissements. Dans notre premier cas, les paroxysmes se manifestaient au moment des règles; dans notre dernier cas, ils apparaissaient avant les règles et se manifestaient fréquemment jusqu'à leur terminaison.

2° La leucorrhée peut ne pas exister comme dans les cas de Ries, Teubner, Ruge (1er), Amreich, et plusieurs autres. Mais c'est exceptionnel et elle se présente sous de nombreux aspects : blanchâtre, filante (Schenk), aqueuse (dans le cas de Meyer, elle était si abondante qu'elle fut prise pour de l'urine), séro-sanguinolente, jaune aqueux, jaunâtre, jaune-rougeâtre, jaune-verdâtre, roussâtre, rouge-verdâtre, *lavure de chair* (Kalmann).

Parfois, inodore, elle est alors séreuse ou aqueuse; ce caractère se rencontre d'ailleurs assez fréquemment et *Doran* lui accorde une grande valeur pour le diagnostic.

Souvent, elle est fétide et profuse. Elle est exceptionnellement franchement purulente.

Continue dans la plupart des cas, elle est d'autres fois *intermittente* et s'accompagne alors de douleurs très vives. C'est ce que Quénu appelle la « crise salpingienne intermittente », encore connue sous le nom d'Hydrops tubæ profluens, véritable vomique salpingienne. « Après cessation de tout écoulement, la ma-

lade ressent des douleurs extrêmement vives, la tumeur augmente de volume, puis brusquement, il se produit une décharge profuse de liquide aqueux ou sanieux, en même temps qu'une diminution du volume de la tumeur. » Cette vomique tubaire marque la fin de la crise, mais il se produit souvent une série de crises successives; le liquide s'écoule alors par éjaculations successives qui amènent une rétrocession des douleurs.

Au dire des auteurs, ces vomiques tubaires et la leucorrhée séro-aqueuse auraient une grande valeur pour le diagnostic. Mais ne les trouve-t-on pas également dans les hydrosalpinx et les salpingites ?

3° Ménorragies. — Elles sont parfois très abondantes et durent 15 jours. Dans les cas que nous rapportons, — en plus des cas signalés par Bourrely en 1910, — elles sont indiquées par Teubner, Kundrat, Raabe, Cullen, Philipps, Thaler (1), Bretschneider et dans notre Obs. 4.

4° Métrorragies. — Nous les relevons dans les observations de Wiesinger, Maïss, L'Espérance, Schäfer, Scheffzek, Eglington. Elles sont d'abondance variable, continues ou intermittentes.

5° Dysménorrhée. — Bourrély la signale dans un cas. Elle existait dans le cas de Neugebauer et nous la signalons dans nos Obs. 1 et 7.

6° Aménorrhée. — Elle s'est manifestée dans notre 7e cas, durant 9 mois, et a été suivie de dysménorrhée.

Elle a duré 3 mois (Fischel), 6 mois (Russel Andrews), 2 mois (Kalmann). Goodrich la signale.

7° Troubles urinaires. — Ils se traduisent soit par de la rétention d'urine (Karakoz), de la dysurie (Ries, Teubner), des mictions goutte à goutte, de la pollakiurie (Barrett, Ruge), de l'incontinence d'urine.

Enfin dans plusieurs cas, le rectum est envahi ou comprimé par le néoplasme. Il en résulte des troubles de la défécation et dans deux cas il y avait une fistule tubo-rectale. Amreich fut obligé à l'intervention de réséquer une partie de la paroi antérieure du rectum; dans notre 4e cas, le rectum était envahi et presque perforé, ce qui nécessita une suture et l'application d'une sonde rectale. La cicatrisation fut parfaite dans les deux cas.

Symtômes généraux

Parfois l'*amaigrissement* se manifeste de façon précoce, avant que les autres symptômes soient manifestes, mais c'est exceptionnel. Dans la règle, l'*altération de l'état général* se produit plus tardivement, par la fatigue, la perte des forces et l'amaigrissement, allant quelquefois jusqu'à une véritable cachexie.

La *fièvre* est signalée dans cinq cas par Bourrély; 3 fois elle peut être attribuée à une autre cause qu'au néoplasme tubaire. Elle existait également dans les cas de Stanca et de Fleischmann.

Il nous semble qu'on peut l'attribuer à l'infection secondaire.

Symptômes physiques

1° Tumeur. — Elle existe dans la plupart des cas, soit comme tumeur annexielle isolée ou associée à un fibrome utérin, à un kyste de l'ovaire ou à un kyste tubo-ovarien.

Elle peut se développer vers l'abdomen, comme dans le cas de Cullen où la trompe était si volumineuse qu'elle était perceptible, par le palper, à travers la paroi abdominale.

Le plus souvent, elle est pelvienne ou abdomino-pelvienne.

Elle est plus souvent unilatérale que bilatérale ; cependant dans les cas que nous avons observés, nous en avons 4 bilatérales contre 3 unilatérales.

Le *toucher vaginal* combiné au *palper abdominal* permet d'apprécier l'existence, les caractères et les rapports de la tumeur.

Comme dans tout examen gynécologique, il est bon de commencer par explorer le col utérin que l'on trouve mobile ou fixé, en position normale ou dévié. On apprécie en même temps le siège du fond de l'utérus qui est perceptible, au niveau de la symphyse pubienne par la main qui déprime la paroi, en position normale ou bien dévié lui aussi, soit en avant si la tumeur siège dans le Douglas, soit bloqué dans le cul-de-sac postérieur.

Par l'exploration des culs-de-sac on se rend compte de l'existence de la tumeur dont on apprécie le *volume*, la *fixité*, la *sensibilité* à la pression, les rapports

de voisinage avec l'utérus. Dans quelques cas il existait une démarcation très nette entre la tumeur et l'utérus. Quelques Allemands ont fait le diagnostic par la constatation d'une « tumeur en saucisson », signe auquel ils attachent une grande valeur.

Souvent la tumeur est fixée, comme d'ailleurs les salpingites.

Le toucher rectal devra être également pratiqué, car il permettra d'explorer la face postérieure de la tumeur et de sentir si le rectum est envahi.

Ponction exploratrice des culs-de-sac vaginaux. — Elle a été préconisée et employée rarement. Dans un cas, elle permit, par l'examen du liquide recueilli, de faire le diagnostic de cancer. Nous trouvons ce procédé des plus discutables. Il nous paraît aussi simple et moins aléatoire d'examiner l'écoulement recueilli à sa sortie de l'orifice cervical; ce liquide venant de la trompe, il n'est pas plus impossible, *a priori*, d'y trouver des éléments tumoraux que dans celui recueilli par ponction exploratrice de la tumeur.

2° Adénopathies. — En dehors des ganglions sous-péritonéaux, inaccessibles à l'examen, on a constaté deux fois avant l'intervention une *adénopathie inguinale*; dans deux autres cas, une *adénopathie sus-claviculaire gauche* (Duret, Rossinsky).

3° Ascite. — Elle existait dans dix cas, sept rapportés par Bourrely et dans trois autres où nous l'avons relevée. Elle est libre lorsqu'elle existe et

dans un cas d'Herbert Spencer, elle s'accompagnait d'œdème des membres inférieurs.

Evolution

Si la tumeur n'a pas été opérée à temps, à l'exagération des phénomènes locaux s'ajoute une altération marquée de l'état général. La malade se cachectise rapidement du fait de l'évolution et de l'extension du processus cancéreux. L'utérus est d'ordinaire le premier organe envahi et cet envahissement se traduit par une exagération des symptômes. L'ovaire est souvent atteint par voisinage. Puis des métastases se produisent soit dans les ganglions, le péritoine, l'estomac, l'intestin, le foie, le diaphragme ou le rein.

La durée n'est pas facile à préciser. Alors que dans certains cas, comme ceux de *Savor, Eglington* le début paraissait remonter à 18 et 13 ans, avec accentuation des symptômes dans la dernière année, dans d'autres, au contraire, l'évolution a été rapide ; par exemple dans notre 4e cas, chez une femme de 22 ans, et le 5e où la malade était âgée de 32 ans.

Diagnostic

Les erreurs de diagnostic, qui sont presque la règle dans le cas de cancer des trompes, sont une preuve de la difficulté d'interprétation des symptômes.

Quelques chirurgiens seulement ont fait un diagnostic formel : *Falk* après examen histologique du liquide recueilli par ponction d'une tumeur accolée au

cul-de-sac postérieur; *Vest, Küstner* et *Zweifel.* Ce dernier avait enlevé une *trompe en saucisson* qu'on reconnut cancéreuse; tenant compte de ce fait, dans un second cas, il put poser le diagnostic de cancer de la trompe avant l'opération. « Cependant, dit-il, ceci ne se trouve et n'a de valeur que lorsque la trompe est soudée. »

Assez nombreux sont les cas où fut posé le diagnostic de tumeur maligne des annexes ou de cancer de l'ovaire.

Le plus couramment posé est celui de pyosalpinx, et ensuite celui de kyste ovarien.

Quels sont donc les éléments de diagnostic ?

L'âge doit entrer en considération. S'il est des cas survenus chez des femmes très jeunes (22 ans, Obs. pers. n° 1), c'est l'exception. On doit songer à la possibilité du cancer tubaire, surtout chez une femme de 40 à 60 ans, mais plus particulièrement entre 40 et 50, au voisinage de la ménopause.

La leucorrhée et les hémorragies. — Il faut éliminer la possibilité de leur origine utérine par les divers moyens d'investigation et au besoin pratiquer un curettage explorateur. Si celui-ci ne permet pas de conclure, après examen histologique, à une tumeur utérine se traduisant par des pertes sanieuses, il faut bien alors faire cette localisation plus haut, dans les oviductes.

Les douleurs, par leurs caractères, font songer à une lésion annexielle. Mais comme les salpingites inflam-

matoires les provoquent aussi, elles n'ont qu'une valeur relative. C'est leur *accroissement rapide* qui doit suggérer la possibilité d'une tumeur maligne.

La tumeur, si elle s'accroît rapidement, « si elle a la forme d'un saucisson et si elle est fixée » (Zweifel), peut orienter le diagnostic.

Pour Jacobs, l'*accentuation des adhérences de la tumeur située dans le Douglas, en l'absence de température* doit éveiller l'idée d'une tumeur maligne de la trompe ou d'une tumeur de l'ovaire.

Pour confirmer le diagnostic, *Falk* a proposé la PONCTION EXPLORATRICE, dans les cas où la tumeur siège au voisinage du cul-de-sac vaginal postérieur. *Labusquière, Mériel, Vest* sont du même avis. *Par contre Eckardt* la déconseille, « car dans le cas de collection suppurée, elle pourrait provoquer une péritonite par perforation du pyosalpinx, et dans le cas de cancer, la migration et l'ensemencement de cellules cancéreuses par le trajet de la ponction ». *Peham* réserve la ponction exploratrice pour les cas où les présomptions sont nombreuses et bien établies; il cite un de ces cas et un autre de *Jacobson* où la *ponction exploratrice fut faite sans résultat.*

En somme,

tumeur fixée, augmentant de volume,
douleurs gravatives,
leucorrhée séro-sanguinolente

donnent des présomptions en faveur du cancer tu-

baire. Récemment, *Thaler, Latzko, Bretschneider* ont attiré l'attention sur le caractère *jaune ambré* de l'écoulement dans le cancer tubaire. Ce qui importe beaucoup plus, c'est l'*intermittence* des écoulements, l'apparition de décharges irrégulières. Ce mode d'écoulement n'est pas utérin, il est propre à l'oviducte : c'est *l'Hydrops tubæ profluens,* la *vomique salpingienne.* Lorsqu'elle se manifeste, associée à d'autres symptômes, elle doit faire songer au cancer tubaire.

Mais il est des cas au début dont la symptomatologie est si fruste qu'ils ne peuvent être reconnus.

En conséquence, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur annexielle douteuse, surtout au voisinage de la ménopause, il faut en pratiquer l'ablation radicale immédiate, car l'expectative, devant un syndrome incomplet, rend illusoire le traitement tardif.

Pronostic

La malignité du cancer tubaire est très grande. Les plus longues survies, après l'opération, et qui permettent de considérer les malades comme guéries, sont signalées par *Wiesinger* (13 ans), *Zangemeister* (6 ans), *Benthin* et *Veit* (7 ans).

Sept malades se portaient bien 3 ans après et quatre après 26 mois.

La plupart du temps, les *récidives* se manifestent rapidement après l'intervention, même dans les cas où l'opération paraît avoir été radicale. Ceci tient sans doute à la diffusion rapide de la tumeur, les

métastases existant déjà dans le péritoine et le système lymphatique avant l'intervention Les récidives les plus précoces se sont manifestées deux mois après, en moyenne de 6 mois à 2 ans après l'ablation de la tumeur, et entraînant rapidement la mort.

TRAITEMENT

La malignité de l'épithélioma tubaire étant aussi grande que celle du cancer du col de l'utérus, il faut, pour qu'elle soit efficace, pratiquer une intervention radicale ; celle-ci d'ailleurs ne pourra donner de résultats durables qu'autant qu'elle aura été plus précoce, avant l'apparition de greffes ou de métastases. En 1899, Duret disait : « En l'absence d'éléments précis pour le diagnostic precoce, il sera rarement possible d'entreprendre une opération hâtive, pourtant désirable : la salpingectomie suffirait alors à enrayer le mal.

« Dans les cas plus avancés, mais limités aux annexes et aux organes pelviens, s'il n'y a que des greffes superficielles, on prolongera l'existence des malades, on leur épargnera les douleurs, en pratiquant au besoin, une castration abdominale totale. »

En 1909, dans l'observation qu'il publie, Lecène conclut : « En cas d'opération pour lésions annexielles anciennes très adhérentes et d'aspect macroscopique douteux, l'hystéroctomie totale s'impose. Elle n'est pas plus grave que la subtotale, elle permet un excellent drainage vaginal, et de plus supprime tout l'appareil

génital interne qui peut être le siège de métastases interstitielles, dont l'examen des organes, au cours de l'acte opératoire, ne permettait pas de soupçonner l'existence. »

En 1913, Fonyó écrit : « Il faut toujours pratiquer l'ablation des deux annexes, même si une seule est malade, parce que, dans le cancer de la trompe, les organes du côté opposé ont une tendance à l'évolution cancéreuse, et parce que que les deux trompes peuvent paraître saines alors qu'elles renferment déjà le germe carcinomateux (Rosthorn). L'amputation supra-vaginale n'est pas non plus à conseiller, parce qu'il y a souvent dégénérescence carcinomateuse des surfaces de section. Comme le diagnostic est très difficile dans les cas de cancer au début, dans le cas de tumeurs annexielles douteuses, surtout au voisinage de la ménopause, il faut pratiquer une hystérectomie abdominale totale avec ablation des ganglions sous-péritonéaux (Stolz). »

En 1921, dans « *Operative Gynäkologie* », p. 679-681, Döderlein, Krönig écrivent : « Il faut pratiquer, au cours de la laparatomie, la méthode de Wertheim, c'est-à-dire, extirper les deux ovaires, les trompes, l'utérus avec la plus grande partie du ligament large et réséquer le paramètre et l'appareil lymphatique attenant. »

Quant au traitement radio-actif, nous ne l'avons trouvé signalé pour la première fois que dans l'observation de Wanner et Teutschlander en 1913.

En 1920, Thaler, après l'opération, introduit à tra-

vers la plaie opératoire 50 milligrammes éléments de radium, qu'il laisse pendant 23 heures. Deux mois plus tard, dans le cul-de-sac vaginal, la même quantité de radium est appliquée et maintenue pendant 6 heures. La malade est revue deux ans après, en excellent état, sans traces de récidives.

En 1921, Bretschneider dit qu'après l'opération, une amélioration des résultats peut être espérée, grâce à l'application des rayons de Rœntgen et du radium. Il a préféré les rayons X au radium, car celui-ci a un pouvoir d'irradiation moindre.

En 1922, Thaler et Kalmann pratiquent une irradiation post-opératoire.

En 1923, Schafer publie des renseignements intéressants à ce sujet. Chez la malade qu'il a opérée, il avait déjà fait en 1916 le diagnostic de myome et pratiqué, en 1919, deux séances de Rœntgenthérapie de 6 heures chacune, et concurremment deux séances de radiumthérapie. L'opération, pratiquée en 1922, fut difficile en raison de l'infiltration des tissus dûe aux séances de Rayons X, et *le fibrome présentait une dégénérescence kystique*. Après l'opération, la malade fut, à deux reprises, traitée prophylactiquement par les Rayons X. Revue en 1923, elle a grossi de 10 livres et ne présente aucun signe de récidive. Ce bon résultat, à brève échéance il est vrai, malgré l'extension considérable et le caractère alvéolaire malin de la tumeur, l'auteur l'attribue à l'action des Rayons X.

Notre cas de 1922 ne peut malheureusement pas servir de terme de comparaison, attendu que notre

malade, perdue de vue, et n'ayant pas apporté les renseignements que possédait notre maître le Dr Leuret, a été traitée par le curiethérapeute pour une tumeur vaginale dont il ne pouvait soupçonner la véritable origine.

Cependant, ce qui est intéressant dans ce cas, c'est la guérison locale de la lésion vaginale et de l'adénopathie bilatérale (celle-ci extirpée secondairement à l'application de radium). Il n'en est pas moins vrai que la malade succomba à des métastases gastriques et péritonéales probables.

Le diagnostic clinique ne pouvant être un diagnostic de certitude, il ne faut pas hésiter à opérer une tumeur salpingienne qui paraît douteuse. A l'intervention, l'aspect des lésions pourra parfois faire présumer de leur malignité. Dans ce cas, il faudra compléter l'hystérectomie totale par une large exérèse du péritoine pelvien, et l'ablation des ganglions rétro-péritonéaux perceptibles. Il semble, au prime-abord, que la chaîne lymphatique utéro-ovarienne doive surtout être envahie.

En réalité, l'adénopathie se manifeste ici de la même façon que dans le cancer utérin du corps ou du col : il y a invasion des ganglions tributaires de la voie utéro-ovarienne, c'est certain; elle est plusieurs fois signalée. Mais les ganglions du pelvis sont également envahis et les auteurs allemands l'ont fréquemment signalé. Lorsque l'adénopathie siège au niveau des ganglions pré-aortiques, la question de leur ablation doit se poser. Mais l'acte opératoire devient de ce fait

plus compliqué, beaucoup plus grave, et l'on peut se demander si leur ablation est susceptible d'arrêter l'extension du processus cancéreux ; l'opération est déjà trop tardive. Si, au contraire, l'adénopathie n'est perceptible qu'au voisinage de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs, dans cette zone qui est nettement accessible après ouverture du ligament large, il faudra l'extirper comme dans le cas de cancer utérin.

Faut-il pratiquer la ligature des artères hypogastriques, ou lier les utérines en dehors des uretères ? Il ne semble pas que, dans le cas de cancer de l'oviducte, l'on soit obligé de pratiquer une exérèse basse du vagin; il suffit de désinsérer ce dernier comme au cours d'une hystérectomie totale banale, c'est-à-dire au ras de son insertion sur le col. Et ceci nous évite la ligature de l'artère vaginale longue ou des hypogastriques. Il suffira donc de pratiquer la ligature des artères utérines en dehors des uretères, qui donnera une hémostase satisfaisante des vaisseaux nourriciers de la partie supérieure du vagin. Nous croyons devoir signaler les déductions opératoires que Leveuf et Godard tirent de leur étude sur les lymphatiques de l'utérus : « La voie principale est comprise dans une lame très nette, en compagnie de l'artère ombilicale et de l'utérine qui, chez l'adulte, se détachent souvent d'un tronc commun. Cette lame (gaîne hypogastrique) peut être clivée sans difficulté de l'uretère avec tous les collecteurs lymphatiques qui y sont contenus. Il est donc possible d'enlever d'un seul tenant le ganglion principal et les lymphatiques qui y aboutissent

(voie principale) sans compliquer notablement l'acte opératoire. L'opération doit prétendre à extirper d'un seul tenant l'utérus, les lymphatiques de la voie principale, et le ganglion auquel ils aboutissent. »

Dans le cas de cancer de l'oviducte, celui-ci est parfois intimement adhérent au péritoine pelvien pariétal, comme nous l'avons vu récemment. Nous croyons nécessaire alors, au lieu de cliver la tumeur, de sacrifier délibérément le péritoine pariétal et de combler les surfaces cruentées par une péritonisation haute vésico-pelvi-sigmoïdienne.

Quant au traitement radio-actif post-opératoire, pour anéantir la nidation des foyers cancéreux du pelvis qui ont pu persister, il ne semble pas que la question puisse être tranchée de façon définitive. Pour le moment, les Allemands emploient de préférence la radiothérapie profonde, pour le cancer de l'oviducte. En France, le professeur Faure la conseille comme adjuvant de l'hystérectomie élargie pour cancer du col utérin.

En résumé, il nous semble que l'hystérectomie totale, accompagnée d'une large exérèse du péritoine pelvien et des ganglions sous-péritonéaux perceptibles, complétée par le drainage vaginal et le cloisonnement du petit bassin, et suivie — si on le juge nécessaire — d'une application de radiothérapie profonde, soit le meilleur traitement actuel du cancer de l'oviducte.

OBSERVATIONS

recueillies dans le Service de Gynécologie du Dr LEURET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Observation 1. — Cette observation a été publiée par le Dr Lorrain dans le « Bulletin de la Société Anatomique de Paris », 1909, p. 235. Nous y ajouterons simplement quelques détails.

E. R..., 39 ans, entre le 27 février 1909 pour douleurs dans le bas-ventre et pertes fétides.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Méningite à l'âge de 3 ans. A partir de 14 ans, aurait eu des crises d'hystérie fréquentes, plus rares depuis le mariage. Réglés à 16 ans, très irrégulièrement; aménorrhée de 2 à 3 mois, puis ménorragie de dix à douze jours; quelques pertes blanches. Mariée à 21 ans. Succesivement 2 fausses-couches, de 4 et 3 mois. Puis un enfant vivant, bien portant (5 kil. 500); enfin, un second enfant, très gros aussi à la naissance (6 kil.). Cette dernière couche est suivie d'*infection par rétention placentaire* et nécessite un curettage.

H. M. — Depuis dix mois, souffre du bas-ventre, surtout pendant les règles. Aucune douleur dans les rapports sexuels. *Règles peu abondantes*, un jour au plus. Pas de pertes blanches.

Le 11 janvier, survienent des *pertes à odeur fétide;* c'est alors que la malade consulte le Dr Leuret.

Examen. — Constipation intense depuis 5 ans, hémorroïdes. Aucun trouble de la miction. A beaucoup engraissé depuis 3 ans. On pense à une syphilis possible, mais il n'y a pas d'autre notion que celle des fausses-couches.

Toucher vaginal. — Ovaire gauche scléro-kystique, douloureux.

Opération (Dr Leuret). — Ablation de l'ovaire gauche scléro-kystique et de la trompe gauche qui contient une petite tumeur.

Ovaire droit sain, laissé.

Suites opératoires. — 2 jours après, les règles sont survenues sans douleurs, en avance de huit jours, et ont duré trois jours. *Depuis 7 à 8 ans, la malade n'avait pas eu de règles aussi normales et aussi indolores.*

Part le 26 mars en bon état, ne souffre plus. Seule, la constipation persiste. Revue en fin 1910 en bon état.

Nous avons écrit en novembre 1923 pour avoir des nouvelles; la lettre nous a été renvoyée. Sans doute la malade est-elle morte.

Examen de la pièce. — La trompe, de longueur normale, est plus volumineuse que normalement. On constate, vers sa partie moyenne, sur son bord supérieur, l'existence d'une tumeur dure, du volume d'une grosse lentille. Cette tumeur incisée donne l'impression d'un petit fibrome. De chaque côté de la tumeur, la trompe est hypertrophiée.

Examen histologique : 1° *Coupe de la tumeur.* — Les coupes sont faites longitudinalement dans le sens de la trompe et intéressent l'ensemble de la tumeur jusqu'à la cavité tubaire. On reconnaît très bien l'épithélium qui ne paraît pas altéré, ainsi que la couche sous-épithéliale.

Puis on trouve un tissu dense, conjonctif, et dans ce tissu des *boyaux de cellules* qui paraissent comme étouffées dans le tissu scléreux et qui sont manifestement des cellules épithéliales. Par places, ces cellules sont aplaties, avec un noyau repoussé à la périphérie, et semblent creusées d'une cavité.

Ces bourgeons épithéliaux ne paraissent pas prendre naissance aux dépens de l'épithélium tubaire qui paraît normal. Cependant ces bourgeons sont particulièrement abondants à mesure que l'on se rapproche de la cavité tubaire, et, dans cette région, on peut reconnaître par places un épithélium cylindrique, limitant plus ou moins nettement des culs-de-sac.

Nous avons examiné ces coupes. On ne voit pas de prolifération de l'épithélium tubaire. Mais, par endroits, il existe des effractions de la muqueuse et des axes conjonctifs viennent affleurer la cavité tubaire. Au niveau de quelques papilles qui persistent, l'épithélium, du type cylindrique, est très haut; les cellules ont un noyau fortement coloré et ont perdu leurs cils vibratiles. Par groupes, elles paraissent en voie d'excrétion et sont recouvertes d'un bouchon muqueux faiblement coloré. Le chorion sous-muqueux, très dense, fortement coloré, présente une infiltration leucocytaire.

En un point voisin d'un cul-de-sac de la muqueuse, on aperçoit dans la couche conjonctive une cavité en croissant, recouverte d'un épithélium cylindrique. Cette formation, semblable par sa structure aux culs-de-sac, provient certainement d'une invagination dans la paroi, qui, à la coupe, a pris une forme glandulaire. Tout autour se groupent d'autres cavités beaucoup plus petites. En un point de la grosse cavité, il y a effraction de l'épithélium vers la profondeur.

Dans la paroi tubaire, les éléments épithéliaux se présentent parfois sous le type papillaire recouvrant un axe conjonctif d'une seule assise de cellules, mais surtout

sous forme de boyaux à contours irréguliers, prenant par endroits une disposition arrondie et de ce fait un aspect glandulaire. En d'autres points, les cellules épithéliales sont groupées en petits îlots, séparés par des bandes conjonctives. En quelques endroits, les cellules sont volumineuses, parfois fusionnées entre elles, prenant un aspect giganto-cellulaire.

La couche sous-séreuse présente une grosse réaction inflammatoire. Le point de départ est certainement dans ces invaginations de la muqueuse. Dans l'ensemble, épithélioma à type tubulo-glandulaire.

2° *Coupe de la trompe.* — Nous avons pratiqué des coupes de la trompe à droite et à gauche de la tumeur. *Du côté de l'ovaire,* la trompe est hypertrophiée et l'on voit des désordres d'origine inflammatoire. La paroi est hypertrophiée par places et contient des vaisseaux gorgés de sang. La cavité tubaire est agrandie et remplie de débris épithéliaux non cancéreux. Sur certaines coupes, cette cavité agrandie est rétrécie en bissac vers sa partie moyenne, et sur d'autres coupes on constate *deux cavités tubaires,* la partie rétrécie du bissac s'étant comblée.

Du côté de l'utérus, les coupes montrent, au contraire, une cavité tubaire, très petite, avec une paroi très hypertrophiée, surtout d'un côté, et formée d'un tissu conjonctif inflammatoire.

L'ovaire, scléro-kystique, n'a pas été examiné, mais paraissait sain macroscopiquement.

Notre cas peut être comparé à celui de Friedenheim : cet auteur a observé un cas de cancer de la paroi, sans lésion manifeste de l'épithélium tubaire, ce qui lui fit décrire le cancer de la paroi à type alvéolaire pur; au sujet de l'origine, il se demande si le cancer dérive dans ce cas des glandes tubaires, d'un diverticule de la trompe ou de parties aberrantes des canaux de Wolff, incluses dans la paroi tubaire.

Dans notre cas, il semble bien qu'il y ait un *canal*

borgne accessoire analogue à l'un des cas décrits par Jayle et Halpérine, tout récemment, dans la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*. Peut-être l'épithélioma a-t-il proliféré sur la muqueuse du cul-de-sac de ce canal.

Quoi qu'il en soit, attendu qu'il n'y avait par ailleurs aucune lésion cancéreuse, il doit s'agir dans notre cas d'un épithélioma primitif.

Observation 2. — *Epithélioma primitif de la trompe gauche.*

(Observation publiée par César dans le « Bulletin de la Société anatomique de Paris », 1914, p. 169).

La malade n° 6 de la salle St-Raymond, âgée de 42 ans, se plaint, depuis 3 mois, de douleurs au bas-ventre et à la région lombaire. Règles normales.

Au toucher, on sentait une grosse masse rénitente qui bombait dans le cul-de-sac gauche.

Laparatomie. — Une tumeur d'un volume considérable remplit le côté gauche du petit bassin. Les annexes sont méconnaissables. On détruit les nombreuses adhérences et on fait une *hystérectomie totale*. Drainage vaginal. Péritonisation.

Trois semaines après, la malade sort de l'hôpital, en bonne santé apparente.

A. P. — La trompe gauche incisée contient des globules de pus et des bâtonnets, gardant le Gram, de nature indéterminée. Un fragment de tissu, *de couleur jaunâtre,* montre des cellules sphacélées et, au milieu de ces cellules, une infiltration de polynucléaires.

Une autre coupe a été faite, qui intéresse la paroi de cda trompe. On y voit, au milieu d'ilôts de cellules spha-

célées, une infiltration de *cellules végétantes* d'origine épithéliale probable.

La paroi de la trompe est représentée par du tissu conjonctif. Des coupes pratiquées au nivea du corps de l'utérus montrent l'intégrité des tissus de cet organe.

Il s'agit, sans doute, d'un cancer épithélial de la trompe, qui a pris son *point de départ sur les tissus de la trompe* elle-même, et sur lesquels sont venus se greffer des phénomènes d'infection secondaire.

Nous n'avons pu avoir de renseignements sur l'évolution ultérieure.

Observation 3 (inédite). — *Epithélioma primitif bilatéral des oviductes.*

D..., 53 ans, entre pour fibrome.

A eu 2 grossesses normales, pas de fausse-couche. Ménopause il y a 3 ans.

H. M. — Depuis lors, la malade a des *pertes roussâtres* qui surviennent à tout moment et ne présentent *pas de fétidité.*

Pas d'amaigrissement notable.

Il y a deux ans, elle avait déjà consulté; on ne conseille pas d'intervention. Le 13 janvier 1914, sur les conseils de son médecin qui déclare que la tumeur a augmenté de volume, elle revient consulter et est admise à l'hôpital.

Examen. — On découvre par le toucher une tumeur volumineuse qui remplit le petit bassin; le cul-de-sac postérieur est très dur. La tumeur remonte jusqu'à mi-hauteur de l'ombilic. Elle est également dure sur toute sa surface; son volume doit être celui d'une tête de fœtus.

Aucun trouble urinaire indiquant une compression urétérale, pas de constipation, bien que la tumeur paraisse combler en partie la cavité pelvienne.

Laparotomie le 27 janvier (Dr Leuret).

Petits fibromes du volume global d'un petit poing, et *tumeurs énormes* des deux trompes qui sont renversées en arrière et très adhérentes dans le Douglas.

La *trompe gauche*, en *cornemuse*, dont le bout adhérent au rectum est du *volume au poing*, est masquée en partie par un *kyste du ligament large*.

La *trompe droite*, plus petite, est aussi adhérente en arrière; elle est formée de parties dures et de parties kystiques.

Ablation de chaque côté après hémisection de l'utérus. Je m'aperçois que le rectum envahi est perforé ou presque.

Hystérectomie subtotale avec large évidement du col.

Drainage transcervico-vaginal. Suture recto-vésicale par dessus. Drain rectal. Durée : 40 minutes.

Suppuration partielle de la paroi. La malade sort en bon état le 1er mars.

La demande de renseignements, en novembre 1923, est restée sans réponse.

A. P. — A l'ouverture des trompes, il s'écoule un ichor brunâtre. La lumière est remplie de débris tumoraux provenant d'une tumeur massive largement insérée sur la muqueuse.

Histologie : 1° *Corne utérine et utérus*. — Tissu fibreux sans néoplasme.

2° *Trompes droite et gauche*. — Epithélioma wolffien (Dr Lorrain).

Nous avons eu l'occasion d'examiner ces coupes. Voici ce que nous avons vu :

Trompe droite. — Au prime abord, ce qui frappe au faible grossissement, c'est l'existence d'une nécrose très étendue, dans laquelle émergent des éléments épithéliaux rameux ou en îlots. La séreuse est épaissie et décol-

lée en partie avec la couche musculaire externe. La couche musculaire interne est envahie par des éléments épithéliaux. Il n'existe plus de muqueuse tubaire normale, mais une intense prolifération épithéliale stratifiée.

De la paroi partent quelques gros axes conjonctifs, centrant des formations épithéliales et allant se ramifiant vers la cavité tubaire, réalisant un aspect papillaire. Puis brusquement, on tombe sur de larges zones nécrosées, s'étendant en nappes dans lesquelles, par endroits, on aperçoit isolés des foyers épithéliaux.

Au fort grossissement, on aperçoit les axes conjonctifs épais infiltrés de quelques cellules rondes et couverts sur chaque face de cellules épithéliales, régulières de forme, disposées en plusieurs strates.

Les zones nécrotiques ont un aspect grenu. Ailleurs, les cellules sont disposées sans ordre, les axes conjonctifs disparaissent, les néo-formations épithéliales forment des amas pleins au bord desquels on peut suivre les phases de la désintégration cellulaire qui aboutit à la formation de larges foyers de nécrose.

Par endroits, aspects de dégénérescence hyaline. On aperçoit de nombreuses mitoses d'aspect normal et quelques cellules monstrueuses. Les vaisseaux sont extrêmement rares.

En somme, épithélioma papillaire originaire de la muqueuse tubaire, et qui prend par endroits un aspect anarchique associé à une nécrose étendue.

Trompe gauche. — La séreuse, décollée de la couche musculaire, est très épaissie et présente une grosse réaction inflammatoire et des zones hémorragiques. Sur une certaine étendue, les couches musculaires interne et externe ont une disposition normale. L'interne est très épaissie, les fibres tassées les unes contre les autres; infiltration leucocytaire discrète entre les bandes musculaires, plus dense par endroits. Mais, dans la région opposée, les couches musculaires sont largement envahies

par les éléments épithéliaux qui dissocient les fibres musculaires, de sorte que par endroits les éléments épithéliaux sont entourés d'une bande conjonctivo-musculaire, réalisant l'aspect pseudo-alvéolaire. L'invasion se fait tout d'abord par des éléments à type papillaire; par endroits, les formations s'étendent en larges plages ou bien encore prennent l'*aspect gyriforme*, analogue à celui qu'a décrit Fonyo, dans la musculeuse et presque au voisinage de la séreuse.

La muqueuse a complètement disparu et est remplacée par une intense prolifération épithéliale qui proémine dans la cavité tubaire. De la paroi, partent des axes conjonctifs recouverts d'une couche de cellules épithéliales stratifiées, très denses, chevauchant par endroits les axes conjonctifs voisins et se fusionnant avec les éléments épithéliaux qu'ils supportent. A mesure qu'on s'éloigne de la paroi, les cellules deviennent plus compactes, formant un amas épithélial massif sans traces d'axes conjonctifs. Dans certains îlots épithéliaux, nécrose centrale.

Dans les points éloignés, on voit les noyaux se décolorer et la préparation prend un aspect uniforme de dégénérescence cellulaire qui aboutit à la formation de larges zones de nécrose.

En un point, le groupement épithélial réalise une image glandulaire. En certains points de la musculeuse existe une grosse réaction conjonctive avec infiltration de nombreuses petites cellules rondes. Les vaisseaux sont nombreux, la prolifération épithéliale paraît limitée, divisée, et c'est dans ce coin que l'on rencontre plusieurs images gyriformes. Dans l'ensemble, les cellules ont une forme régulière; on observe des mitoses, mais pas d'aspect monstrueux.

En résumé, épithélioma primitif des deux oviductes, papillaire typique par endroits, atypique en d'autres.

Observation 4 (inédite). — *Epithélioma primitif bilatéral des oviductes.*

G..., 22 ans, entré à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre.

Réglée à 15 ans, normalement. Mariée à 21 ans.

Un avortement en octobre 1913. Curettage pour rétention.

Depuis, *pertes blanches*, pas de métrorragies.

Les règles sont devenues plus abondantes.

Depuis son avortement, la malade a souffert du bas-ventre, mais depuis un mois, les *douleurs deviennent de plus en plus vives*, lancinantes, irradiant dans la région sacrée.

Examen. — Réveille la douleur. Utérus de volume normal, col ouvert non ulcéré. On décèle une petite masse annexielle du volume d'une grosse prune dans chaque cul-de-sac latéral.

Diagnostic. — Salpingite double.

Opération le 19 mai 1914 (Dr Leuret).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes, des deux côtés, sont adhérentes dans le Douglas et à la face postérieure des ligaments larges. Ablation bilatérale. Ovaire gauche laissé. Utérus sain, fixé à la paroi par un point. Appendice sain laissé.

Péritoine d'aspect normal.

Les suites furent simples et la malade sort guérie le 10 juin 1914.

A. P. — Les deux trompes sont de la grosseur du pouce de la partie moyenne à l'ampoule, le diamètre diminuant jusqu'à la normale à l'insertion interne. On ne voit plus de franges tubaires. A la coupe, les deux trompes contiennent la valeur d'une cuiller à café *de pus*, mais de

plus présentent des arborisations à type papillomateux qui envahissent la lumière tubaire.

Ovaire droit scléro-kystique sans lésions arborescentes.

Histologie. — Aussi bien dans la muqueuse que dans les autres couches de la paroi tubaire, grosse infiltration leucocytaire et présence de néo-vaisseaux. Mais, de plus, la muqueuse tubaire est le siège d'une prolifération à type papillomateux qui envahit la cavité et s'enfonce également dans la musculeuse. Il s'agit manifestement d'une prolifération épithéliale maligne à point de départ de la muqueuse tubaire, qui, soit dans les prolongements qu'elle envoie entre les fibres musculaires, soit dans les arborisations qui poussent librement dans la lumière, se présente sous la forme papillaire. Mitoses nombreuses.

L'aspect est le même des deux côtés.

La prolifération maligne est probablement consécutive aux lésions inflammatoires.

Ce cas est intéressant en raison : du jeûne âge de la malade (22 ans), de la bilatéralité des lésions et de la rapidité d'apparition des caractères tumoraux sur une lésion salpingienne..

Nous avons écrit récemment pour avoir des nouvelles, mais n'avons pas reçu de réponse.

Observation 5. — *Epithélioma primitif double des trompes.*

Cette observation a été publiée par mes maîtres, le Dr Leuret et le Dr Leroux, dans le « Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer », 1922, n° 1, p. 20-21.

Nous avons eu récemment des renseignements sur l'évolution, et remercions les *Dr Octave Monod et Berger, de l'Institut Curie,* d'avoir bien voulu nous faire part de

leur observation sur le traitement curiethérapique et de l'examen histologique d'une métastase .

Nous sommes donc obligés de remanier l'observation.

Ce cas concerne une femme de 32 ans, sans enfants, dont la mère est morte d'un *cancer du foie.*

Réglée à 11 ans 1/2, elle l'a été d'une façon régulière jusqu'à l'opération. On peut relever, à partir de 27 ans, un passé de salpingite d'ailleurs assez vague : la malade a été soumise à diverses thérapeutiques locales.

Examen. — Pertes blanches. Douleurs abdominales mal définies. Fibrome et salpingite.

Laparotomie le 30 novembre 1921 (Dr Leuret).

Hystérectomie sus-vaginale de droite à gauche.

Deux grosses tumeurs à apparence d'hydrosalpinx. En réalité probablement *néo des trompes.* Lavage du péritoine au formol.

La malade sort guérie le 15 décembre, mais on constate une petite tumeur sous-urétrale, qui était passée inaperçue à l'examen.

Le 8 février 1922, la tumeur urétrale est ulcérée.

En mars 1922, la malade consulte le Dr Monod à l'hôpital Pasteur. On trouve au-dessous du méat urétral, une *ulcération saignante* de 2 cm. sur 3 cm., reposant sur une base indurée, de la grosseur d'une noix verte. Il existe une petite *fistule vésico-vaginale* à ce niveau. *Ganglions inguinaux bilatéraux.*

Traitement curiethérapique par un appareil de surface : *8 foyers.* 25 millicuries détruits en 4 jours.

La malade dit qu'elle avait été opérée pour fibrome et kyste de l'ovaire. Le Dr Octave Monod a ignoré la nature de la tumeur primitive tubaire jusqu'au jour où nous lui avons demandé des renseignements sur le traitement par le radium.

Le 19 avril, curage des deux triangles scarpiens

Le 21 juin 1922, guérison parfaite de la lésion sous-urétrale; pas de récidive ganglionnaire inguinale.

En décembre, la guérison se maintient localement, mais la malade est sujette à des vomissements, douleurs gastriques.

Tension et induration de la région épigastrique.

Probablement métastases gastriques péritonéales.

Cachexie avancée. Pas d'ascite.

La malade meurt en janvier 1923.

Examen anatomo-pathologique du Dr Leroux

L'examen macroscopique de la pièce montre deux énormes trompes qui font penser à une double salpingite suppurée; l'utérus est fibromateux, la cavité est normale.

En coupant les deux trompes, on fait saillir à l'extérieur des masses papillaires très abondantes, finement dentelées, adhérentes à la paroi interne du conduit. Les parois des trompes sont épaissies et infiltrées de *masses blanchâtres*. Le diagnostic de tumeur maligne végétante s'impose. *Les deux orifices, péritonéal et utérin, sont perméables*. L'aspect macroscopique est identique sur la trompe droite et sur la trompe gauche. Pas de nodules métastatiques sur le péritoine. Il n'existait pas de ganglions perceptibles. Les deux ovaires sont intactes.

Histologiquement, on note une néoformation épithéliale extrêmement végétante qui, en certains points, rappelle d'assez près la structure des franges épithéliales salpingiennes; en d'autres points, et ce sont les plus nombreux, la tumeur se présente comme des masses épithéliomateuses diffuses, sans architecture, envahissant plus ou moins profondément la paroi musculaire.

Il s'agit d'un épithélioma papillaire double des trompes.

Le cas comporte une notion de salpingite préexistante, mais bien peu de temps avant l'apparition de la tumeur. L'âge de la malade nous incite plutôt à penser ici à une

formation dysembryoplastique; nous ne pouvons d'ailleurs que faire ici une supposition, sans l'appuyer de preuves plus convaincantes.

En présence de la petite tumeur sous-urétrale, de la taille d'une petite amande, nous faisons des réserves sur la possibilité d'une greffe néoplasique d'origine salpingienne.

Examen histologique du Dr Berger

La tumeur para-urétrale est constituée par un nodule néoplasique qui siège dans la sous-muqueuse et qui est séparé de l'épithélium vaginal intact, par une mince zone de tissu sain.

Le nodule néoplasique est formé par une accumulation de cellules épithéliales, formant des travées richement et irrégulièrement anastomosées. Un certain nombre est nettement glandulaire : on voit une lumière centrale entourée de cellules cylindriques régulières qui, ou bien reposent sur des lamelles conjonctives, ou bien se continuent avec d'autres cellules moins typiquement cylindriques ou franchement atypiques. Dans ce dernier cas, la lumière centrale tend à disparaître et les boyaux deviennent massifs. *Les aspects glandulaires prédominent* cependant. Les mitoses sont le plus souvent régulières et peu nombreuses. Le stroma, réduit à de fines bandelettes conjonctives, est infiltré par un nombre élevé de *plasmocytes* et de polynucléaires. Ceux-ci immigrent en grand nombre dans les boyaux cancéreux même, où ils se logent entre les cellules néoplasiques, ou s'accumulent dans les lumières glandulaires. Il s'agit donc d'un *épithélioma cylindrique typique à point de départ impossible à préciser*. L'ensemble fait songer à une *origine wolffienne*.

Les *ganglions inguinaux* examinés étaient en partie complètement envahis, de sorte qu'il n'en restait plus trace, ou bien ne montraient que de rares boyaux néo-

plasiques dans les sinus périphériques. Les métastases lymphatiques sont très atypiques. On ne trouve que très rarement une ébauche de formation glandulaire; le plus souvent, on ne voit que des travées de cellules cylindriques en palissade ou en amas complètement atypiques. L'un des ganglions se signale par l'extrême abondance de polynucléaires qui forment, avec les cellules néoplasiques, un mélange informe. A certains moments, on assiste à la formation de véritables petits abcès, dans lesquels les cellules néoplasiques ont presque complètement disparu.

Ce cas est intéressant, par :

1° L'apparition d'une métastase vaginale post-opératoire rapide;

2° La guérison locale du nodule vaginal néoplasique par le radium;

3° L'adénopathie inguinale bilatérale qui n'a pas récidivé après ablation;

4° Les métastases gastrique et péritonéale qui ont causé la mort;

5° Les examens histologiques indépendants, le second ayant été fait dans l'ignorance complète de la tumeur maligne tubaire primitive, et reconnaissant l'origine wolffienne du processus tumoral.

Observation 6 (inédite). — *Epithélioma primitif de la trompe droite.*

L'observation clinique a été perdue.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, opérée le 1er avril 1922 pour salpingite. Hystérectomie totale avec drainage vaginal.

Sort guérie le 17 avril. N'a pas donné de nouvelles.

A. P. — Trompe droite volumineuse, de la forme et de la grosseur d'une poire. A la coupe, la lumière est envahie par des végétations; dans la paroi musculaire, on

voit également un envahissement néoplasique. Trompe gauche et utérus sain.

Examen histologique du Dr Leroux

Au faible grossissement, on note dans la lumière tubaire des végétations abondantes du type papillaire, ramifiées finement à leur extrémité, qui flottent dans la lumière centrale. Elles sont constituées par un axe conjonctif revêtu de formations épithéliales d'épaisseur variable.

Dans l'épaisseur de la paroi, dissociant les faisceaux musculaires lisses, on note la présence de nodules néoplasiques nombreux qui viennent affleurer la séreuse.

Au fort grossissement, les éléments néoplasiques se montrent de morphologie généralement uniforme; en quelques points, *on les voit naître de l'épithélium de recouvrement des franges* salpingiennes encore reconnaissables. Cet épithélium a perdu ses caractères normaux; il est formé de cellules basses, foncées, dépourvues de cils vibratiles.

Les cellules tumorales présentent des affinités tinctoriales identiques, mais des formes variables : cubique, polygonale ou même fusiforme. Quelques noyaux monstrueux apparaissent de place en place; les mitoses sont relativement rares.

Cette morphologie se retrouve aussi bien dans les végétations intra-cavitaires que dans les nodules ayant envahi la paroi.

Dans le tissu conjonctif qui forme la charpente, on constate une réaction inflammatoire subaiguë avec diffusion lympho-plasmocytaire et quelques discrètes hémorragies, punctiformes par endroits.

En résumé, on est en présence d'une tumeur épithéliale végétante, du type papillaire, née aux dépens de l'épithélium de recouvrement tubaire, et qui présente,

en raison de son envahissement destructif et de sa morphologie cellulaire, les caractères d'une tumeur maligne.

Observation 7 (inédite). — *Epithélioma primitif double des trompes utérines.*

D. G..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du bas-ventre, surtout du côté droit. Date de l'entrée : 3 juillet 1923.

Antécédents. — Scarlatine et congestion pulmonaire il y a deux ans. Premières règles à 18 ans ?, toujours régulières.

Mariée à 26 ans. 1 enfant. Pas de fausse-couche.

En juin 1922, alternatives de diarrhée et constipation, avec évacuation de « peaux blanchâtres ».

Histoire de la maladie. — En juillet 1922, *interruption des règles* jusqu'à mars 1923, date à laquelle elles réapparaissent. Depuis deux ans, la menstruation était douloureuse. Mais depuis sa réapparition, en mars 1923, ces douleurs sont devenues beaucoup plus violentes et apparaissent une quinzaine de jours avant l'époque menstruelle. C'est une *sensation de pesanteur* dans le pelvis, donnant à la malade des *douleurs expulsives*, comme au cours d'un accouchement, et s'accompagnant de *douleurs lombaires bilatérales*, irradiant dans les cuisses. Ce sont des douleurs lancinantes, profondes, atténuées par les analgésiques. Les dernières règles finissent actuellement et sont peu abondantes. Dans l'intervalle, *leucorrhée* peu abondante, foncée, de couleur *chocolat*.

Examen. — Ventre souple. Le toucher vaginal permet de constater que le col est gros et l'isthme induré. Le corps utérin est légèrement augmenté de volume et dans chaque cul-de-sac latéral, on sent une masse peu mobile,

du volume d'une mandarine, légèrement fluctuante à la palpation profonde. Bon état général.

Diagnostic. — Hydro ou hématosalpinx double.

Opération le 5 juillet.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Chloroforme.

Le petit bassin est bloqué par deux masses annexielles du volume d'une petite orange, extrêmement adhérentes.

On commence par dégager la trompe droite qui se déchire en partie, montrant une paroi très épaissie, dont la lumière est pour ainsi dire comblée par une prolifération végétante. Le dégagement de la partie restante de la trompe entraîne l'ablation d'une partie du péritoine pariétal pelvien. Les vaisseaux iliaques sont dénudés.

Hystérectomie sus-vaginale, avec évidement complet du col, par décollation latérale.

L'ablation dernière de la trompe gauche est également laborieuse et n'est faite qu'au détriment du péritoine pariétal, comme du côté opposé, tout clivage de bas en haut étant impossible.

Formolage du petit bassin et drainage transcervico-vaginal.

Péritonisation haute, par suture du péritoine vésical très extensible à ce qui reste du péritoine des parois pelviennes latérales et au colon ilio-pelvien en arrière.

Suture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suppuration partielle de la paroi. La malade sort le 11 août, présentant simplement un léger suintement en un point de la paroi incomplètement cicatrisé.

Elle nous a écrit depuis, vers la mi-novembre. La plaie opératoire suppure légèrement, présentant un petit pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle, mais la malade n'en est nullement incommodée pour son travail. Elle se porte à merveille et les douleurs qui l'accablaient ont complètement disparu. Ses jambes ont repris leur agilité

et elle peut travailler sans fatigue. Depuis le 20 septembre, date à laquelle elle a repris son travail, elle n'a pas souffert le moins du monde, nous dit-elle, et il y a longtemps qu'elle ne s'était si bien portée.

A. P. — *Trompe droite :* Paroi très épaissie, très dure; ostium abdominal fermé et franges méconnaissables. A la section, la paroi a plus d'un centimètre d'épaisseur; la lumière est remplie d'une prolifération arborescente de couleur blanchâtre baignant dans un *ichor brunâtre*. Du côté utérin, la lumière est libre, sans végétations.

Trompe gauche : Même épaisseur; à l'ouverture il s'écoule un peu de *pus*. De la paroi interne partent des bourgeonnements comme du côté opposé. Ces bourgeonnements ne semblent pas avoir envahi la musculeuse et sont limités à la muqueuse. En résumé, à part la présence de pus, même aspect que du côté droit.

Les ovaires sont petits, scléreux et sans noyaux bourgeonnants. Utérus normal.

Histologie. — Les fibres musculaires sont rares et étouffées par la réaction conjonctive. Ce tissu conjonctif, pauvre en cellules, riche en fibrilles, contient dans ses mailles de nombreux leucocytes. On voit peu d'éléments épithéliaux, par petits groupes.

La paroi conjonctivo-musculaire de la trompe est distendue par une prolifération néoplasique du type épithélial qui part de la muqueuse et comble la lumière de l'oviducte. Cette prolifération forme une masse presque compacte dans laquelle on distingue des axes conjonctivo-vasculaires, des travées néoplasiques et des plages de nécrose.

Axes conjonctifs et travées épithéliales semblent bien solidaires les uns des autres et réalisent l'aspect végétant. Les cellules néoplasiques, petites, sans limite protoplasmique visible, sont pourvues de noyaux arrondis, réguliers ou de noyaux monstrueux. Les mitoses sont

nombreuses, normales pour la plupart. En résumé, on est en présence d'un épithélioma d'activité proliférative marquée, tirant son origine de l'épithélium tubaire et n'ayant que discrètement envahi la paroi, en quelques points voisins de la muqueuse. L'invasion épithéliale vers la profondeur paraît limitée par la réaction conjonctive de la paroi. L'image histologique des deux trompes est identique.

OBSERVATIONS
RECUEILLIES DANS LA LITTERATURE

1896. — Observation 1. — Unilatéral.

Osterloh. — *Démonstration eines Tubencarcinom*

(Zentr. f. Gyn., 1896, n° 31, p. 809).

Présentation d'un cancer de la trompe, présenté un an auparavant à la Société de Gynécologie comme pyosalpinx.

A la première intervention, la tumeur tubaire était soudée à la paroi abdominale qu'elle avait traversée. *Une récidive dans le voisinage de la cicatrice de laparotomie* suscita un nouvel examen de la tumeur tubaire; on ouvrit la tumeur et alors l'on fit facilement le diagnostic de cancer.

La malade est toujours vivante à l'heure actuelle.

1897. — Observation 2. — Unilatéral.

Boldt. — *Primary cancer of the Fallopian tube*

(Medic. Rec., 1897, t. 52, p. 66).

L'auteur présente une trompe et un ovaire qu'il avait enlevés par voie vaginale, après avoir rompu la tumeur pendant l'examen.

On ne trouva que du sang et *l'aspect de la trompe rompue était celui d'une grossesse tubaire.* Mais l'examen

histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer tubaire, très vraisemblablement primitif.

Observation 3. — Bilatéral.

Ries (E.). — *Primary papilloma and primary carcinoma of the Fallopian tube*

(J. Am. Med. Assoc., 22 may 1897, p. 962-968).

Femme de 45 ans. Rien dans les antécédents. I-pare. Vient pour *dysurie* et *douleurs pelviennes* apparues dix jours avant son entrée à l'hôpital. Hystérectomie totale.

L'examen microscopique révèle : myome utérin, adénomyome des deux trompes et tumeur primitive papillo-carcinomateuse des deux trompes avec métastases dans l'utérus et le revêtement séreux des organes voisins. Revient 13 mois après; opérée pour récidive, meurt quelques semaines après.

1898. — Observation 4. — Bilatéral.

Teubner. — *Ueber einen neuen Fall von Carcinom der Tuben* (Thèse Leipzig, 1898).

Cas de cancer tubaire bilatéral.

Début brusque des troubles objectifs. Jusqu'à ce moment, la malade s'est toujours bien portée et n'entre à l'hôpital que pour des troubles brusques de la miction.

Cependant, dans les antécédents, on retrouve que *la dernière menstruation avait commencé 6 semaines auparavant et avait duré 14 jours;* puis 8 jours plus tard s'était établi un *écoulement séro-sanguinolent.*

1906. — Observation 5. — G.

Schenk. — *Carcinoma of the tube*

(Détroit Med. Journ., 1905-1906, t. V, p. 51).

Femme de 53 ans. IV-pare. Ménopause à 50 ans.

Douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, depuis

2 ans, associées à un écoulement filant, sanguinolent, d'odeur fétide.

Opération. — Salpingo-oophorectomie gauche. Pas de métastases. On constate que la trompe gauche est remplie d'une néoformation. L'extrémité distale est dilatée.

L'examen microscopique révèle un adéno-carcinome.

Se portait bien 3 ans après l'opération.

Observation 6. — D

Bertino. — Ginecologia Firenze, 1906, t. IV, p. 424).

Femme de 48 ans. IV-pare. Ménopause à 46 ans.

Ecoulement profus, blanc, au début peu abondant. Augmentation progressive de l'abdomen. Affaiblissement général.

Opération. — Salpingo-oophorectomie droite.

La trompe droite est dilatée et la néoformation adhère à la base de la trompe. L'ovaire est libre.

Examen histologique. — Cancer papillaire.

Kundrat. — *Zwei Fälle von primären Tubenkarzinomen-Untersuchungen ueber Metastasen in den Tuben bei Karzinom des Collum und des Corpus uteri* (Archiv. für Gynäkologie, 1906, t. 80, f. 2, p. 384-407 [4 fig.]).

Observation 7. — Cas I. — Unilatéral.

Femme de 47 ans. 1 avortement. Règles régulières. Depuis 2 ans, ménorragies. Tumeur abdominale depuis 4 ans, qui s'est rapidement développée dans les deux derniers mois.

Opération. — Hystérectomie. Double oophoro-salpingectomie. L'extrémité frangée de la trompe droite est remplie de masses cancéreuses.

Examen macroscopique. — Les parties moyenne et

externe sont remplies par la néoformation. L'extrémité abdominale communique avec un kyste de l'ovaire.

Examen histologique. — Cancer papillaire.

Observation 8. — Cas II. — Bilatéral.

Diagnostic pré-opératoire : Néoplasme du corps au début, qui d'ailleurs histologiquement avait été diagnostiqué : cancroïde.

A gauche de l'utérus, tumeur de la dimension d'un poing; à droite, résistance peu nette.

Opération. — La tumeur gauche est un kyste de l'ovaire; la trompe est un *saucisson* de la grosseur du pouce, contenant de la bouillie (cancer probable). A droite, la trompe n'est pas si épaisse, mais contient les mêmes masses. La libération de la tumeur gauche fut particulièrement difficile.

L'auteur fait une description détaillée macroscopique et microscopique des pièces extirpées et particulièrement des trompes. Discussion sur la pathogénie et bibliographie détaillée.

Observation 9. — Bilatéral.

Amann. — *Demonstrationen in Münch* (Gyn. Gesel., 21 déc. 1906; Réf. Zent. f. Gyn., 1907, p. 490).

Tumeurs papillaires des trompes enlevées avec l'utérus. Propagation aux organes voisins, métastases dans le péritoine, l'intestin et l'estomac.

1909. — Observation 10. — Bilatéral.

Wiesinger. — *Un cas de cancer tubaire primitif* (Gynak. Sekt. d. K. ungar. Arzteverein in Budapest, 80e séance, 20 novembre 1909. — Réf. Zent. f. Gyn., 1910, p. 991).

Femme de 40 ans. Nullipare. S'alite en 1908 pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents. — En 1907, avait déjà été malade et fut cautérisée pour de *violentes hémorragies*. A ce moment on avait diagnostiqué une tumeur et on conseille une opération radicale. Depuis cette époque, elle est bien portante, lorsque, en septembre 1908, elle recommence à saigner. Pas d'amaigrissement. Depuis des années, *flueurs blanches* qui, dans ces derniers temps, deviennent brunâtres. La malade est robuste (insuffisance bicuspidienne). Œdème des pieds.

Examen. — Au toucher vaginal, utérus de volume normal. On sent, à gauche de la ligne médiane, une tumeur à surface lisse, à mobilité restreinte, dont la limite supérieure est trouvée à quatre doigts au-dessus de la symphyse. Du côté droit, on peut palper la trompe sensiblement épaissie.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire gauche et salpingite double.

Opération. — Incision sus-symphysaire. Kyste de la dimension d'un poing d'homme, sis en avant de l'utérus normal. La trompe gauche est quelque peu épaissie, soudée au kyste. La trompe droite est contournée. Seul, le tiers externe est de l'épaisseur du pouce. L'ovaire droit est petit et atrophié.

La ponction du kyste donne issue à 300 cm^3 de liquide clair. Extirpation du kyste et des deux trompes. L'ovaire droit est laissé en place.

Examen macroscopique. — Le kyste enlevé est uniloculaire et à parois lisses. Les trompes sont longues de 5 à 7 cm., et aux endroits les plus épais ont 3 à 4 cm. d'épaisseur. A la section des trompes, on constate, dans les deux, une masse analogue à de la *moelle osseuse cuite*, qui remplit complètement la lumière. On peut déjà présumer de la malignité des tumeurs, bien qu'avant la section les trompes parûssent analogues à des saktosalpinx.

Examen microscopique (Pr Krompecher). — Cancer avancé des trompes (carcinome papillo-alvéolaire). —

Evolution. — Convalescence sans incidents. Au bout d'un mois après son départ, la malade revient, se plaignant que ses hémorragies sont toujours irrégulières. Elle fut traitée, en partie médicalement, en partie par des cautérisations.

Comme ni dans l'utérus, ni dans les ovaires on ne trouva de dégénérescence cancéreuse, et que, de même, en aucun point de l'organisme, il n'y avait de foyers cancéreux, on peut admettre sans aucun doute qu'il s'agissait ici d'une affection cancéreuse primitive des trompes.

Observation 11. — G

Fabricius. — *Primäres Tuben karzinom* (Zent. f. Gyn., 1909, p. 996).

A une séance de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne (12 janvier 1909) l'auteur a présenté une pièce provenant d'une femme de 36 ans.

Est entrée à l'hôpital pour douleurs hypogastriques.

Examen. — Petit utérus antéfléchi. A droite, on sent une tumeur de la grosseur du poing, tendue; à gauche, une tumeur plus dure et plus petite.

Opération. — A droite de l'utérus il y a un *hydrosalpinx*. A gauche, un *kyste tubo-ovarien*. La trompe gauche était si dure qu'on pense à un papillome. Ablation bilatérale des annexes. Utérus laissé. On ne trouve pas de métastases.

Evolution. — Six mois après, la malade revient, présentant à gauche de l'utérus un noyau de la dimension d'une noix. Hémorragies.

A la laparotomie, on tombe sur les noyaux et l'on voit le péritoine parsemé de métastases. Ainsi, *la récidive*

s'est produite rapidement et la malade mourut peu de temps après.

Examen macroscopique. — Cancer papillaire de la trompe gauche.

Observation 12. — B

Benthin. — *Beitrag zur Kentniss der primaren Tuben carcinoms* (Archiv. f. Gyn., 1909, p. 220 à 231, 3 fig. — Anal. in J. Chir., 1909, p. 219).

Benthin a extirpé, chez une femme de 40 ans, par colpotomie postérieure, les annexes droites qu'il pensait atteintes de dégénérescence kystique. Or, comme l'examen histologique, rapporté plus loin, montra qu'il s'agissait d'un cancer de la trompe, il fit, quelques jours après la première opération, une hystérectomie abdominale subtotale, au cours de laquelle il ne trouva d'ailleurs aucun ganglion hypertrophié. La femme guérit bien; elle a été revue, en excellente santé, et *sans traces de récidives 5 ans après.*

Examen macroscopique. — Utérus sain. Ovaire gauche présentant un début de dégénérescence kystique; la trompe gauche est remplie de sang et porte les traces d'une inflammation chronique.

La portion ampullaire de la trompe droite est grosse comme le poing et transformée en une poche partout fermée, à parois minces, saillante sous le feuillet postérieur du ligament large. La surface interne de cette poche montre la présence d'une série de petites tumeurs en chou-fleur, de coloration brune, de volume variable, qui ont déplissé la muqueuse et lui adhèrent fortement.

L'ovaire droit enfin est partout sain, sauf à sa partie moyenne; là une néoformation, analogue à celles de l'ampoule tubaire, et qui vient de la trompe, a pénétré dans le tissu ovarien; mais il n'y a pas envahissement vrai de la glande génitale, le tissu n'est que refoulé par

la tumeur, et une sorte de *capsule conjonctive sépare nettement la néoformation tubaire de la substance ovarienne.* La portion isthmique de la trompe ne présente d'autres lésions que les traces d'une vieille inflammation inflammation chronique, et, en particulier, de *petites cavités et diverticules sous-séreux, tapissés d'épithélium tubaire.*

L'étude histologique des tumeurs proéminentes de l'ampoule tubaire, en montrant la prolifération atypique des cellules épithéliales, leurs néoformations bourgeonnantes, la formation d'un stroma alvéolaire qui les entoure, et la présence de nids de cellules polymorphes, permit de poser le diagnostic de cancer papillaire et alvéolaire. En examinant les portions intermédiaires de la trompe, entre la muqueuse saine et la tumeur, pour se rendre compte des premiers stades de la néoformation, on peut voir que la *structure alvéolaire n'est que secondaire* et que la néoformation revêt au début le type papillaire.

Enfin, Benthin estime, avec Sänger et Barth, que l'inflammation chronique de la trompe, dont les cavités et diverticules épithéliaux sont les témoins, a préparé le terrain pour l'évolution ultérieure de ce cancer primitif.

Observation 13. — Unilatéral.

Voigt. — *Karzinomähnliche Wucherung der Tubenschleimhaut bei Salpingitis tuberculosa* (Brauers Beitr. z. klinik d. Tuberkulose, Bd. 11).

Dans un cas de salpingite tuberculeuse typique, Voigt trouva de grosses proliférations épithéliales qui rappelaient tout à fait le carcinome et s'infiltraient dans la profondeur en accroissements destructifs. Au dire de Voigt, ces proliférations épithéliales auraient été causées par le bacille tuberculeux.

Observation 14. — G.

Raabe. — *Cas de Baisch* (Zent. f. Gyn., 1909, p. 976).

a) Beitrage z. Geb. u. Gyn., 1909, p. 242.

Femme de 47 ans. I-pare. Régulièrement réglée jusqu'il y a 3 ans, date où elles deviennent irrégulières; très abondantes, elles durent 8 jours et il en est ainsi depuis 2 ans.

Opération. — Hystérectomie et double oophoro-salpingectomie. Il y avait un kyste ovarien intra-ligamentaire du côté gauche. Le contenu fut évacué et, pendant la libération des adhérences pelviennes, la trompe gauche cancéreuse se rompit. Pas de métastases à l'opération.

Examen macroscopique. — Trompe gauche en saucisson, contient un cancer. Trompe droite tortueuse : hydrosalpinx.

Examen microscopique. — Cancer primitif. Forme alvéolo-papillaire avec *kyste tubo-ovarien*. Métastases dans l'utérus et l'ovaire. Onze mois plus tard, 2e intervention pour récidives dans la paroi abdominale, à gauche de la ligne médiane. Rien dans la cavité péritonéale.

b) *De la question des métastases par implantation dans la cicatrice de laparotomie, après extirpation des organes génitaux cancéreux. En même temps, un cas de cancer primitif tubaire avec métastases dans la paroi abdominale* (cas ci-dessus).

(Zentr. f. Gyn., 1910, p. 741.)

L'implantation des cellules cancéreuses dans la cicatrice abdominale démontre la possibilité des métastases au cours des opérations. La rareté des métastases lymphatiques dans la paroi abdominale antérieure, dans le cas d'organes génitaux cancéreux, s'explique par la distance de la tumeur primitive et surtout des rapports lymphatiques compliqués.

La cicatrice de laparotomie est l'endroit de prédilection pour les métastases lymphatiques. La justification du diagnostic de métastases par implantation dans la cicatrice de laparotomie présuppose l'absence de métastases intra et extra-abdominales. Mais on ne peut faire ce diagnostic tant qu'on n'aura pas éliminé la métastase lymphatique par preuve anatomique. Le diagnostic clinique seul est insuffisant.

En somme, jusqu'à présent, on n'a pas pu prouver avec certitude l'existence de métastases par implantation dans la cicatrice de laparotomie, après extirpation d'organes génitaux cancéreux.

Observation 15. — G.

Salin. — *Fall von Carcinoma tubæ* (Verhandl d'obst. gyn. Sekt d. Ges. Schwed Arzte, Hygiea, April 1910).

Adéno-carcinome primitif *dans un hydrosalpinx gauche*. Les annexes droites présentent des modifications inflammatoires chroniques et contiennent du pus.

1911. — Observation 16. — G.

Weinbrenner. — *Primäres Tubenkarzinom* (Zentr. f. Gyn., 1911, p. 981).

Femme de 42 ans. IV-pare. Fausse-couche il y a 4 ans. Toujours bien réglée. Depuis un an, douleurs en forme de *crampes dans le ventre et la région sacrée*, accompagnée d'un *écoulement vaginal séro-sanguinolent*. Manifestations douloureuses quotidiennes qui, au bout de quelque temps, disparaissent. Dans l'intervalle, apparition d'une sécrétion jaune aqueuse.

Examen. — Utérus myomateux et tumeur de la trompe gauche bloquée dans le Douglas, rappelant un pyosalpinx; à droite, annexes un peu épaissies, également adhérentes.

Laparotomie. Hystérectomie totale. Guérison.

Examen macroscopique. — La trompe gauche, d'épaisseur normale, présente plusieurs coudures. La surface est partout lisse, brillante avec réseau veineux considérable. La lumière est remplie d'une *tumeur à aspect médullaire* qui proémine de l'ampoule fermée jusqu'à l'ostium utérin, et est lâchement adhérente à la paroi tubaire. L'ovaire kystique adhère au pavillon tubaire et présente un foyer de ramollissement en liaison directe avec la tumeur.

Microscopiquement : Cancer papillaire. Par suite de la prolifération épithéliale, à plusieurs endroits, on a des aspects rappelant un adéno-carcinome ou un carcinome alvéolaire, avec tendance marquée à la nécrose. Au tiers interne de la trompe, la muqueuse est normale avec quelques papilles isolées.

L'auteur insiste sur le symptôme « d'hydrops tubæ profluens » avec liquide séro-sanguinolent, qui, d'après lui, a une certaine importance dans le diagnostic de cancer tubaire. Dans le cas de tumeur annexielle adhérant dans le Douglas, on devra faire une ponction exploratrice. Un exsudat séro-sanguinolent avec des particules humorales permettra de faire le diagnostic de cancer.

Discussion. — Zweifel a eu l'occasion d'observer une trompe en forme de *saucisson*, du double de la longueur normale et d'un diamètre de 5 cm.; c'était un cancer de la trompe.

Il attire l'attention sur cette forme particulière, car tenant compte de ce fait dans un second cas, *il put poser le diagnostic de cancer de la trompe avant l'opération.* Cependant, ceci ne se trouve et n'a de valeur que lorsque la trompe est soudée.

Observation 17. — G.

Maiss. — *Primäres Tubenkarzinom*
(Zentr. f. Gyn., 1911, p. 1187).

Femme de 56 ans. IV-pare. Dernier accouchement il y a 24 ans. Dernières règles il y a 2 ans. Depuis 6 mois, légère hémorragie tous les 3 jours; depuis 14 jours, nouvelle *hémorragie.*

Hystérectomie vaginale. Guérison sans incidents.

Macroscopiquement : Trompe gauche du volume d'une pêche, peu adhérente, avec liquide séro-sanguinolent et détritus; ostium abdominal fermé. La lumière de la trompe est recouverte d'excroissances papillaires de 1 à 1 cm. 5 de long. Elles apparaissent, en partie isolées, en parties largement agglomérées ou pressées en choux-fleurs. La paroi tubaire est épaissie, congestionnée, et par places, toujours à la base d'une papille, présente des dépôts médullaires. Les papilles sont recouvertes d'épithélium stratifié, dont les noyaux ronds ou ovalaires remplissent tout le corps de la cellule. Les prolongements villeux de tiss uconjonctif banal de la papille s'enfoncent dans la paroi de la trompe. Les papilles isolées présentent une couche épithéliale unique comme l'épithélium tubaire qui ne présente, nulle part, de tendance à la prolifération. La paroi tubaire est altérée par l'inflammation chronique.

L'auteur considère le cancer alvéolo-papillaire comme un papillome malin dégénéré.

Observation 18. — Unilatéral.

Aman. — *Münch. Gyn. Gesellsch.* Litz., 24 nov. 1910
(Réf. Zentr. f. Gyn., 1911, p. 256).

Carcinome tubaire primiitf, du volume d'une tête d'enfant, développé chez une femme de 50 ans.

Observation 19. — Bilatéral.

Franqué (Otto von). — *Uber das gleichseitige vorkommen von Karzinom und Tuberkulose an den weiblichen Genitalien, insbesondere Tube und uterus* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69, p. 409. — Verhandl d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. München. — Med. Gesellsch. in Giessen, 4 Juli. Ref. Deutsche Med. Woch., 28 déc. 1911, p. 2439).

Présentation et discussion d'un cas de cancer des trompes développé sur une ancienne tuberculose, et cancer cervical développé sur une ancienne tuberculose utérine.

L'auteur s'efforce de démontrer que la tuberculose des organes génitaux de la femme crée une prédisposition au cancer de ces mêmes organes, comparativement au développement du cancer cutané sur les fistules tuberculeuses. Il analyse un certain nombre d'observations dans lesquelles le rôle prédisposant de la tuberculose à l'égard du cancer est manifeste. Il croit même que, dans ces cas, il n'y aurait pas eu de cancer si ces organes n'avaient pas présenté auparavant des lésions tuberculeuses ou si la tuberculose génitale, diagnostiquée à temps, avait été traitée chirurgicalement. Il ne croit pas beaucoup à la prédisposition héréditaire au cancer, soutenue par Stein, non plus qu'à la prédisposition congénitale aux tumeurs défendue par Wallart.

Il conclut qu'on ne doit pas traiter les tuberculoses génitales chez la femme par l'expectative, mais au contraire par une intervention précoce et en rapport avec l'étendue des lésions.

Observation 20. — Bilatéral.

Neugebauer. — *Przeglad chir. i gin.* (Bd. V, Hft. 1, p. 125, 1911).

Pièce anatomique comprenant un cancer primitif des deux trompes propagé aux deux ovaires, chez une femme de 27 ans, mariée depuis 7 ans, et qui, 10 mois auparavant, avait accouché d'un enfant qu'elle avait allaité pendant 7 mois. Elle avait eu peu de règles depuis l'accouchement.

Dans aucun ovaire on ne trouve trace de follicules. Les deux tumeurs annexielles bilatérales ont à peu près la même dimension et le même aspect. L'auteur se demande si d'autres collègues ont également observé la bilatéralité du cancer annexiel, comme il a pu le constater à deux reprises différentes en très peu de temps.

Observation 21. — Bilatéral.

Aichel. — *Cancer tubaire double* (Münch. Gyn. Gesell., 16 mars 1911; in Zentr. f. Gyn., 1912, p. 58).

Les deux trompes étaient *complètement fermées* et intactes, les deux *ovaires sains*, le péritoine enflammé. Dans les proliférations inflammatoires du péritoine on trouva inclus un nid cancéreux. L'auteur admet que le cancer primitif est né dans la trompe droite, que les cellules cancéreuses sont passées dans la trompe gauche par la voie de la cavité abdominale et que, secondairement, par suite de l'inflammation réactionnelle du péritoine, il s'est produit une occlusion des trompes.

Discussion. — Theilhaber, au sujet de l'apparition bilatérale du cancer des trompes, dit qu'il faut admettre, en général, un état inflammatoire préalable des trompes. *Comme les inflammations tubaires apparaissent en général bilatérales, on peut admettre que, dans un certain*

nombre de cas, le cancer peut se manifester des deux côtés.

L'adhérence de l'extrémité abdominale de la trompe, du cas d'Aichel, est en faveur d'une origine inflammatoire. Naturellement, en cas d'apparition du cancer, l'inflammation n'est pas la cause unique; en plus des prédispositions locales, agissent d'autres facteurs constitutionnels.

Observation 22. — Bilatéral.

Cullen (Thomas S.). — *Carcinome de la trompe droite perceptible au palper abdominal* (Bull. of the Johns Hopkins Hospital, t. 22, Janvier 1911, p. 20, 2 figures).

Il s'agit d'une femme de 46 ans, *réglée très irrégulièrement et très abondamment,* depuis 2 à 3 mois, et ayant depuis un an des pertes blanches profuses et fétides. Elle a ressenti, il y a deux ans, une douleur violente, une sorte de crampe dans la fosse iliaque droite, douleur qu'elle attribue à une appendicite. Depuis un an, les *douleurs* existent à droite et à gauche et *irradient* dans les membres inférieurs qui sont œdématiés.

Opération le 14 mai par Kelly. Ablation de l'utérus et des annexes. Pas de ganglions ni de métastase péritonéale. L'examen anatomique des pièces montra que l'utérus était atrophié et que la trompe droite, contournée sur elle-même, formait une tumeur de *14 cm. de long sur 12 cm. de large et 10 cm. d'épaisseur.*

A la coupe, la cavité tubaire était remplie par une tumeur arborescente, naissant de toute la paroi de la trompe. La trompe gauche, moins volumineuse, contenait une tumeur identique.

Au microscope, les tumeurs des deux trompes étaient constituées, en certains points, par des prolongements arborescents recouverts d'un épithélium cylindrique très haut, très régulier, disposé en plusieurs couches; en

d'autres points, par des placards où l'épithélium proliféré avait l'apparence de glandes.

Il s'agit d'un cancer caractérisé par ses *formations adénomateuses et papillaires* et par sa *marche lente.*

La malade revue le 30 septembre 1910, *au bout de 3 ans et 4 mois, a récidivé.* On sent dans l'abdomen une grosse tumeur, mais l'état général est bon.

Observation 23. — Unilatéral.

Meyer (Léopold). — *Demonstration von einem Fall von cacinoma tubæ* (Gesellschaft f. Gyn. u. Obst. zu Kopenhagen, 12 April. Ref. Ugeskrift for Laeger, p. 1526-1527, 1911).

Femme de 40 ans, qui souffrait à la période des règles et présentait un écoulement vaginal aqueux si abondant qu'il fut pris pour de l'urine (*O. Horn in Jahresbericht*).

Observation 24. — D.

Sencert. — *A propos d'un cas de papillome de la trompe* (Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1912, t. I, n° 4, p. 398).

Femme de 38 ans, mariée, 2 enfants, se plaignant de *douleurs abdominales et pelviennes très vives,* qui, depuis quelque temps, ne lui laissent aucun repos.

Rien de spécial dans ses antécédents. Grossesses normales, la dernière il y a 8 ans.

Il y a 2 ans, pour la première fois, apparition de douleurs dans le bas-ventre et le bassin, d'abord irrégulières, puis survenant tous les 2 ou 3 mois et durant de 8 à 15 jours. Dès cette époque, elles étaient accompagnées d'un flux leucorrhéique intermittent. Ces douleurs apparaissent sous forme de crises, de *coliques* siégeant dans le bas-ventre et *irradiant* dans le dos, les lombes. La menstruation n'était d'abord que très peu modifiée, légèrement augmentée en quantité et en durée. La leucorrhée

intermenstruelle est devenue peu à peu très abondante. A l'entrée à l'hôpital, cette femme, jadis robuste, se plaint d'être fatiguée, sans force, et d'avoir beaucoup maigri. Elle attire notre attention sur les symptômes capitaux de sa maladie : douleurs pelviennes, coliques et leucorrhée intermittentes. En réalité, cette leucorrhée constitue plutôt des pertes aqueuses intermittentes, parfois très abondantes et légèrement teintées de sang.

A L'EXAMEN, ventre plat, souple, sans trace de circulation collatérale. Au palper, on perçoit, à droite, accolée au détroit supérieur du bassin et perceptible seulement à la partie interne de la fosse iliaque droite, une masse de forme et de consistance régulières, arrondie, dure, fixe.

Par le toucher vaginal, on se rend compte que l'utérus est légèrement abaissé; dans le cul-de-sac latéral droit et dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur dure, de forme régulière, accolée à l'utérus avec lequel elle semble faire corps.

Par le palper bimanuel, on se rend compte que cette masse, bien qu'intimement accolée à l'utérus, en est indépendante; qu'elle a les dimensions d'une orange, qu'elle est dure, fixe et douloureuse à la pression.

DIAGNOSTIC. — Annexite, mais on fait des réserves à cause de l'apparition tardive des phénomènes douloureux et des pertes, loin de toute période puerpérale ou gonococcique.

OPÉRATION. — Tumeur pelvienne droite, de la grosseur du poing, qui a refoulé l'utérus et les annexes gauches sains contre la paroi pelvienne gauche. L'ovaire droit, refoulé contre le sacrum, paraît normal.

Hystérectomie totale laborieuse, en raison de l'adhérence de la tumeur à la paroi pelvienne que l'on doit dépéritoniser .Drain vaginal. Péritonisation haute. Guérison.

Examen de la pièce. — Rien de spécial à l'utérus et aux annexes gauches.

La trompe droite, siège de la tumeur, mesure 9 cm. de long sur 7 cm. de largeur et est de forme cylindrique. La pression fait sourdre, par l'ostium uterinum, un liquide visqueux, légèrement teinté de sang, rappelant le contenu des kystes multiloculaires de l'ovaire. La paroi externe est lisse, non perforée, et présente des noyaux intra-pariétaux.

L'intérieur de la trompe ainsi distendue est remplie de masses papillomateuses, de végétations papillaires adhérentes aux parois tubaires et remplissant toute la cavité distendue. Implantées sur toute la surface de la trompe, les végétations en chou-fleur baignent, par leur sommet, dans un liquide visqueux légèrement sanguinolent.

Au microscope, on voit se détacher, de la paroi tubaire épaissie, des productions papillaires dont les ramifications vers la lumière tubaire s'enchevêtrent, constituant un lacis inextricable. Ces papilles sont constituées par un axe conjonctivo-vasculaire, autour duquel se disposent des assises de cellules épithéliales, en général régulièrement disposées. En certains endroits, la prolifération épithéliale est telle que les espaces interpapillaires sont absolument comblés par l'accumulation des éléments épithéliaux atypiques.

Nulle part, cependant, on ne voit les axes conjonctifs envahis par des boyaux épithéliaux qui ne font que les revêtir. Il s'agit là, en somme, d'une tumeur papillaire type, d'un papillome de la trompe.

Aman. — *Bayerische Gesellschaft für Geb. u. Gyn. München,* 7 juillet 1912 (in Zent. f. Gyn. 1912, p. 1223).

Présentation de 3 pièces opératoires, comprenant des cancers primitifs tubaires. Il n'y a pas d'analyse et nous

ne saurions affirmer que ce soient 3 nouveaux cas, l'auteur en ayant publié précédemment.

Wiesinger. — *Drei Fälle von primären Tubenkarzinomen* (Gynaekologische Rundschau, Berlin u. Wien, 1912, p. 473-478).

Observation 25. — D.

I. — Femme de 56 ans. I-pare. Ménopause à 51 ans.

Antécédents. — Tumeur abdominale et douleurs depuis 3 ans. Ecoulement aqueux, sanglant, sans odeur. Douleurs intenses.

Opération. — Salpingo-ovariectomie droite.

Examen macroscopique. — Trompe droite de 5 cm. de diamètre à la partie moyenne. Nodules sur la surface extérieure. La trompe est remplie d'une *tumeur jaunâtre;* quelques points présentent une *nécrose de coagulation.*

Examen microscopique. — Cancer papillaire.

Revue 13 ans après se portant bien.

Observation 26. — D.

Antécédents. — *Règles douloureuses et profuses depuis deux ans. Ecoulement aqueux après les règles.* A noté une tumeur, pour la première fois, il y a deux ans.

Opération. — Salpingo-ovariectomie droite.

L'extrémité frangée de la trompe est ouverte. On constate une métastase cancéreuse dans l'épiploon et l'intestin.

Macroscopie. — La trompe est épaissie et distendue et présente des zones de dégénérescence. Elle est remplie par une masse cancéreuse. Quelques petits espaces sont remplis de sang.

Histologie. — Cancer papillaire.

Evolution. — Meurt de septicémie au 3e jour après l'opération.

Autopsie. — On trouve des métastases au foie et au diaphragme.

III (cas publié en 1909). — Nous nous sommes rendu compte que cette observation avait déjà été publiée en 1909. Nous la signalons d'ailleurs à cette date. Nous relaterons simplement ici l'examen histologique plus détaillé que dans la première publication.

On trouve des agglomérations épithéliales atypiques, remplissant la lumière, et par places des papilles. Les villosités sont revêtues de *tractus épithéliaux pavimenteux* à plusieurs couches; les espaces interpapillaires sont comblés par des proliférations épithéliales. Entre les cellules épithéliales polymorphes glissent des tractus conjonctifs. Par places, les cellules cancéreuses semblent former des alvéoles; cependant il y a incontestablement une liaison avec l'épithélium superficiel.

Observation 27. — Bilatéral.

Kœnig. — *Carcinome primitif des trompes*. (Gynécologie helvétique, Genève, 1912, t. XII, p. 1).

L'âge n'est pas mentionné, ni les antécédents.

Opération. — Hystérectomie et double salpingo-ovariectomie.

On trouve des métastases cancéreuses pelviennes et péritonéales.

Macroscopie. — La trompe gauche est semi-kystique, 14 × 10 cm., adhérente. Hydrosalpinx droit. Tumeur papillaire englobant les annexes et l'utérus.

Histologie. — Cancer.

Un an après, on fait une laparotomie exploratrice. Lésions étendues.

Observation 28. — G.

Karakoz. — *Sur le cancer primitif de la trompe utérine* (Roussky Vratch, 1912, t. I, p. 471).

Femme de 55 ans. II-pare. Réglée régulièrement. Ménopause à 50 ans. Ecoulement vaginal profus. Rétention d'urine.

Opération. — Salpingo-ovariectomie gauche. L'extrémité frangée de la trompe est libre. La trompe gauche se montre, à l'examen macroscopique, en forme de *saucisson distendu,* ayant un diamètre de 14 cm. dans sa partie moyenne kystique.

L'examen histologique est très détaillé et l'auteur conclut à l'existence d'un cancer papillaire.

Observation 29. — Bilatéral.

Bekmann (St-Pétersbourg). — *Dégénérescence cancéreuse bilatérale des trompes de Fallope.* (Communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de St-Pétersbourg, séance du 3 novembre 1911. In Journal akoucherstvai jenskich bolezniéi, t. 27, n° 2, janvier 1912. p. 262-263.)

La pièce présentée provient d'une malade de 50 ans, sujette à des métrorragies qui ne cédèrent qu'à une hystérectomie vaginale. L'utérus est augmenté de volume; sa longueur est de 16 cm. et sa circonférence au niveau du fond, de 25 cm. Toute la cavité utérine est remplie de végétations cancéreuses provenant de la muqueuse, celle-ci n'est saine qu'au niveau du col, sur une étendue de 3 cm.

Les ovaires ne sont pas augmentés de volume, mais plutôt petits.

Les deux trompes ont presque le même aspect; leur longueur est de 12 cm; à leur extrémité utérine, sur une étendue de 4 cm., leur épaisseur est normale, mais leur

partie moyenne est renflée en fuseau et épaissie sur une longueur de 6 cm.; leur extrémité externe n'est pas épaissie et « l'ostium abdominale » est perméable. Elles sont absolument mobiles et leur revêtement péritonéal ne présente aucune modification. A la coupe, les trompes, au niveau de la portion épaisse sont remplies de végétations encéphaloïdes, formées aux dépens de la muqueuse. Le microscope révèle l'existence d'adéno-carcinome ainsi que dans l'utérus.

L'intégrité de l'ostium uterinum, les proliférations épithéliales qui s'insèrent sur la paroi tubaire peuvent faire penser à un cancer primitif des trompes greffé secondairement sur la muqueuse utérine par expulsion de débris cancéreux.

Observation 30. — Bilatéral.

Kubinyi. — Pàl Primaer tubaràk operàlt exte Aus der Sitz. d. gyn. sekt des Kgl. Artevereins am 5 märs (Ref. Orvosi Hetilap Gyn., n[r] 3).

Il s'agit d'un cas de cancer primitif des trompes. A l'opération, on trouve des noyaux secondaires sur le péritoine et de ce fait on s'abstint de pratiquer une opération radicale (Temesvàry).

Observation 31. — Unilatéral.

Schmidtlechner (Kàroly). — *Adatak a primar tubocar cinoma ismeretéhez* (Orvosi Hetilap Gyn., 1912, n° 2).

Description d'un cas de cancer primitif de la trompe (Temesvàry). Nous avons trouvé la référence de ces deux dernières observations dans le *Jahresbericht* ,sans autres explications.

Forssner. — *An unusual case of double sided tumor of the Fallopian tube* (Hygica Stockolm, 1912, p. 1171-1173).

Ce n'est pas un cancer, mais un cholestéatome.

1913 :

Les auteurs allemands et anglais qui, depuis cette date, ont écrit sur le cancer des trompes, considérent comme nouvelles les observations que Fonyo a publiées en 1913 dans le *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 36. Or, en comparant les textes avec ceux des deux cas publiés par Dirner et Fonyô en 1902 dans *Szülesrest es Noegyogyaszat*, n° 2 et dans *Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1903, vol. II, nous constatons que les observations sont identiques. En conséquence, nous ne pouvons reproduire les observations publiées en 1913; seule la discussion est à retenir.

Observation 32. — Unilatéral.

Wanner et Teutschlander. — *Le mésothorium et son action sur les néoformations malignes* (Monatschrift f. Geb. u. Gyn., t. 38, Hf. 3, 1913).

Cancer tubaire avec métastase kystique dans la paroi recto-vaginale.

Opération associée par voie vaginale et abdominale.

Après l'opération, on traite, par voie vaginale, la cavité kystique avec du mésothorium (15,840 milligr.-heure). Pendant la radiation, on fait 4 prélèvements biopsiques et des abrasions des métastases contiguës; l'examen histologique (Teutschländer) révèle des manifestations de dégénérescence progressive, une augmentation cellulaire avec formations vacuolaires, augmentation du volume du noyau, etc. L'action des rayons du mésothorium se manifeste par une paralysie du pouvoir de prolifération cellulaire et une vive leucocytose. Cliniquement, on constate une atrophie progressive de la cavité de dégénérescence et une formation cicatricielle.

Les auteurs conseillent, avant de pratiquer la radiumthérapie, d'agir aussi loin que possible avec le bistouri, puis d'irradier au début, « par dedans avec tous les rayons » ; ultérieurement, après que l'examen histologique ne montre plus aucune trace de tissu malin, n'employer que des rayons γ.

Ainsi, un cancer fut, ultérieurement, irradié, sans opération, avec succès; tandis qu'un cancer métastatique de l'ovaire, déjà opéré, fut irradié sans succès après l'opération.

Observation 33. — D.

Drutmann. — *Ueber einen Fall von primären Tubenkarzinom mit Uebergreifen auf die Uterusschleimhaut* (Thèse Münich, 1913).

Femme de 54 ans. Ménopause depuis 4 ans. Ecoulement séro-sanguinolent depuis deux ans. Un curettage révèle, à l'examen microscopique, un cancer du fond de l'utérus.

Opération (Döderlein). — Hystérectomie avec double oophoro-salpingectomie. L'utérus contient de très petits myomes sous-séreux. Ovaires atrophiés.

Les trompes sont normales, à part une tumeur de la dimension d'un pois dans la paroi de la trompe droite. A la coupe, tumeur jaunâtre qui a la consistance du beurre.

Au microscope : cancer du type adénomateux.

Observation 34. — Unilatéral.

von Bubnoff. — *Tubenkarzinom Kasuistischer Beitrag* (Thèse Munich, 1913).

Femme de 50 ans. Ménopause depuis 5 ans. 3 accouchements. Toujours bien réglée. Se plaint de douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, apparues depuis quelques mois, exacerbées dans les derniers temps. Sensation de

pesanteur dans le bassin et sur la vessie. Amaigrissement dans les derniers mois. Anorexie.

L'examen révèle une tumeur kystique du côté gauche de l'abdomen, séparée de l'utérus. A cause de la consistance de la tumeur qui est irrégulière, on pense à un cystocarcinome.

Laparotomie. — On trouve une énorme tumeur provenant de la trompe; cette tumeur était légèrement adhérente au voisinage; son énucléation fut possible sans déchirure du kyste. On enlève en même temps : la trompe gauche qui constitue une volumineuse tumeur, l'ovaire gauche et une partie du ligament large.

Au microscope, on trouve un aspect analogue dans les parties tumorales qui ont le caractère d'un cancer médullaire.

Observation 35. — Bilatéral.

Einsle (W.). — *Ein Fall von vorgeschrittenen Tuben-Karzinom mit besonderen Berücksichtigung der primären Doppelseitigkeit* (Thèse Münich, 1913. — Analyse du Jahresbericht).

L'auteur a eu l'occasion d'observer chez une ouvrière de 47 ans une tumeur qu'il a enlevée par laparotomie et qu'il décrit en détail au point de vue macroscopique et microscopique. Cette tumeur est un cancer primitif de la trompe droite, avec implantation secondaire dans l'ovaire droit, la trompe gauche et dans le revêtement péritonéal de ces deux trompes.

« Einsle croit que les carcinomes tubaires doubles ont une extension et des dimensions très différentes; la prolifération se fait d'un côté par la séreuse de l'ostium abdominal, ce qui le ferme; de telle sorte que, dans les tumeurs bilatérales dites primitives, il s'agirait d'une tumeur primitive d'une trompe et d'une tumeur secondaire

dans l'autre ». (Schafer : Zentralblatt f. Gyn., 1923, p. 357).

Lewitsky (M.-D.). — *Ueber das primäre Tubenkarzinom* (J. Akoush. i. Jensk. Boliezn, St-Pétersbourg, 1913, p. 1805-1838).

Observation 36. — G.

I. — Cancer unilatéral gauche.

Femme de 48 ans. *8 accouchements et 1 avortement.*

Malade depuis un an, se plaint d'une grosseur dans le ventre, qui a grossi progressivement depuis 3 mois. Règles régulières. Ecoulement séreux faible. Etat misérable sans être cachectique.

Examen. — On trouve de l'*ascite* et une tumeur remontant à 6 travers de doigt au-dessus de la symphyse, soudée à l'utérus.

Diagnostic. — Tumeur maligne des annexes.

Opération radicale par voie abdominale. On ne put enlever des noyaux fortement adhérents dans le Douglas et 3 semaines après l'opération il y avait à nouveau de l'ascite.

La lumière de la trompe était obstruée par des proliférations papillaires cancéreuses, qui s'étendaient plus ou moins en profondeur dans la paroi de la trompe gauche. La trompe droite présentait des manifestations inflammatoires chroniques.

Observation 37. — Bilatéral.

II. — Cancer bilatéral.

Femme de 50 ans. 2 accouchements. *Depuis 12 ans,* elle avait des *règles très douloureuses;* depuis 3 ans, les douleurs se manifestaient également en dehors des règles; depuis 4 mois, suintement sanguin. Sans être cachec-

tique, elle était amaigrie. Pas d'ascite. Elle donnait l'impression d'avoir des myomes multiples sous-séreux.

Diagnostic. — Tumeur maligne des annexes.

Opération. — Hystérectomie totale; convalescence sans incidents. Malheureusement, on ne put la réexaminer après son départ de la clinique.

La lumière des trompes était obstruée par des proliférations papillaires qui parsemaient également la paroi.

Observation 38. — G.

Gurd. — *Cancer of the tube*
(Canad. Méd. Assoc. Journ., 1913, t. III, p. 389).

Femme de 46 ans. V-pare. Régulièrement réglée.
Ecoulement profus aqueux, légèrement purulent.

Opération. — Salpingo-oophorectomie gauche.

Tumeur de la partie moyenne de la trompe gauche, mesurant 12 × 8 × 7 cm.

Examen histologique. — Carcinome.

Evolution. — Revue 7 mois après l'opération, en bon état.

Observation 39. — Unilatéral.

Jacobs. — *Papillome primitif de la trompe*
(in Bull. de la Soc. Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, séance du 1er février, t. 23, p. 247).

Je puis vous présenter un exemple rare de tumeur papillomateuse primitive de la trompe. Il y *a en même temps lésions de la muqueuse du corps et de la muqueuse du col,* mais peu avancées et qui peuvent être considérées comme secondaires; l'histoire de la malade est peu caractéristique. Il s'agit d'une personne âgée de 49 ans, ayant eu six accouchements normaux et une fausse-couche il y a douze ans. La ménopause s'est installée chez elle il y

a un an et demi, les dernières menstruations ont été moins abondantes que de coutume, et elles se sont présentées à des intervalles assez irréguliers, mais cette modification n'a guère troublé l'état général de la malade. Celle-ci est très forte.

A l'examen, on percevait un utérus assez gros et immédiatement à côté, cette tumeur, qui paraissait tout à fait mobile. Le toucher donnait l'impression que donnerait une grossesse extra-utérine, et n'eût été la ménopause de cette femme, les *pertes sanguinolentes et un peu brunâtres* ainsi que ce toucher eussent fait poser le diagnostic de grossesse extra-utérine. Je l'ai opérée par le vagin; mais, malheureusement, la pièce a été abîmée au cours de l'opération parce que, ayant enlevé l'utérus, j'eus à détacher le restant de la trompe fortement adhérente. J'ai brisé au cours des manœuvres la partie tuméfiée de la trompe. Cependant, l'incision de la pièce nous montre encore le développement excessif de la lésion.

1914. — West (C.-W.). — *Etude clinique du cancer primitif de la trompe de Fallope* (Johns. Hopk. Hosp. Bull., 1914, p. 305-317. — Arch. mens. Obst. et Gyn., 1916, 31 mars, p. 80).

L'auteur fait une étude détaillée et rapporte 3 observations personnelles.

Observation 40. — G.

I. — E. B..., 58 ans. Diagnostic. Kyste de l'ovaire gauche et cancer de la trompe gauche.

Opération. — Salpingo-oophorocystectomie gauche.

Antécédents. — Un accouchement il y a 20 ans. Pas de fausse-couche. La tumeur fut notée, pour la première fois il y a 6 mois, par la malade dans la partie inférieure de l'abdomen. Depuis elle a grossi. Amaigrissement.

Examen macroscopique de la pièce anatomique. — *Kyste ovarien* adhérent à la trompe. Celle-ci à 15 cm. de longueur; légèrement distendue dans sa moitié distale, elle donne à la palpation une *sensation élastique*. L'extrémité frangée est fermée et il n'y a *pas de communication entre la trompe et la cavité kystique*. La portion ampullaire a 2 cm. de diamètre et à la coupe on constate qu'elle est remplie d'une *matière grisâtre, granuleuse*, végétante. La tumeur est adhérente à la moitié inférieure de la surface interne de la trompe; la paroi de la trompe mesure 2 cm. d'épaisseur.

Le kyste est uniloculaire avec une membrane séreuse qui se détache complètement. Pas de noyaux métastatiques sur la surface interne ou extérieure de la paroi du kyste.

Examen microscopique. — La tumeur est adhérente à la partie inférieure de la trompe. On ne voit pas de replis du côté supérieur de la trompe; cependant l'épithélium est intact. Prenant naissance à la base de la trompe, on observe des masses cancéreuses pédonculées. La tumeur est papillaire. A un plus fort grossissement, nombreuses papilles arborescentes plongeant dans la lumière. La partie moyenne est considérable et il s'en détache des bandelettes de tissu conjonctif à la base des processus terminaux. Les cellules épithéliales, dans ces processus, sont en majeure partie cylindriques avec un noyau ovoïde irrégulier. Les cellules sont disposées en rangées simples et doubles. On voit des aspects de karyokinèse. *Infiltration leucocytaire* considérable autour de la base de la tumeur.

La paroi tubaire, d'épaisseur normale, est infiltrée, par endroits, par la tumeur.

Evolution. — La malade est *morte cinq ans après* l'opération. Pendant deux ans, elle se portait très bien, puis elle éprouva de la douleur abdominale, qui aug-

menta et devint constante. Dans les derniers mois de sa vie, elle était confinée au lit; apparition de *3 petits nodules derrière l'oreille gauche.*

Pas d'écoulement vaginal ni de signes indiquant une atteinte maligne de l'intestin.

Observation 41. — G.

II. — A. S..., 44 ans. Cancer de la trompe gauche. Myome utérin. Cancer généralisé au péritoine.

Opération. — Hystéro-myomectomie. Double salpingo-oophorectomie.

Antécédents. — Règles régulières jusqu'il y a 18 mois. Depuis 6 mois, exagération des règles, apparaissant parfois 2 fois par mois, avec de petits caillots. Leucorrhée profuse depuis un an. *7 enfants, une fausse-couche.*

Depuis deux mois, *douleurs lancinantes* dans la partie inférieure de l'abdomen, localisées surtout à gauche, irradiant dans le bassin. Elles sont plus intenses depuis un mois. Miction douloureuse depuis lors et pollakiurie, par moments toutes les cinq minutes.

Amaigrissement de 20 livres.

Examen. — Ecoulement sanguinolent, col ulcéré. Utérus doublé de volume, peu mobile. La trompe gauche et l'ovaire, confondus dans une même masse inflammatoire de la grosseur du poing. La trompe et l'ovaire droits sont légèrement adhérents.

Diagnostic. — Myome utérin, inflammation pelvienne chronique.

Evolution. — 6 semaines après l'opération, récidive. *Mort 6 mois après.*

Examen macroscopique. — La trompe gauche est distendue et arrondie, l'ostium abdominal fermé. Dimensions : 13 × 4 cm.

A la coupe, la lumière est remplie par une tumeur

ramifiée, granuleuse, spongieuse, gris blanchâtre. La musculature est intacte et hypertrophiée. Ovaire normal.

Au hile, entre ovaire et trompe, deux petits nodules implantés sur le péritoine. L'épiploon est envahi.

Examen microscopique. — La paroi interne de la trompe est l'origine d'une tumeur irrégulière, ramifiée. La musculature est épaissie et par places envahie par la tumeur. La lumière est partiellement remplie par la masse tumorale et des débris.

Au fort grossissement, on voit des formations papillaires qui naissent perpendiculairement de la paroi tubaire.

Les cellules épithéliales sont cylindriques, à une seule couche. Infiltration leucocytaire, surtout dans la couche musculaire. Même disposition dans les métastases épiploïques et dans les nodules du ligament large.

L'endomètre, le myomètre, la trompe droite et les deux ovaires sont normaux.

Observation 42. — G.

III. — A. K..., 47 ans. Cancer de la trompe gauche. Carcinose péritonéale généralisée.

Antécédents. — Pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Depuis 7 mois, sensation de plénitude dans l'abdomen. La tuméfaction augmente progressivement; le ventre est symétriquement distendu et proéminent. Amaigrissement considérable depuis 3 mois. Douleurs dans l'abdomen et les jambes; vomissements et légère élévation thermique.

Examen vaginal. — A gauche de l'utérus, tumeur pédiculée.

Diagnostic. — Cancer de l'ovaire.

Opération. — On évacue 1500 cm^3 de liquide jaunâtre. La trompe gauche et l'ovaire adhèrent à une masse de

12 cm. de longueur. L'extrémité frangée est obturée. Par pression on fait sortir des particules analogues à des *grains de tapioca.*

Mort 9 mois après l'opération.

Examen macroscopique. — La trompe gauche mesure 15 cm. de long et 4 cm. d'épaisseur à sa partie moyenne. Nombreux noyaux sur le péritoine. La trompe est si distendue par la tumeur, qu'on voit des masse cancéreuses sourdre par les deux côtés. A la coupe, la trompe est remplie d'une masse blanc grisâtre. Au tiers proximal, la tumeur est de consistance uniformément solide. En plusieurs endroits, la tumeur est trabéculée, granuleuse, et a une disposition en choux-fleurs.

Examen microscopique. — La paroi a 3 cm. d'épaisseur; la musculeuse est comprimée contre la couche externe et intacte; sur toute la longueur de la section, nombreux processus papillaires. Chacun d'eux a une portion conjonctive centrale, avec recouvrement épithélial. A mesure que les divisions papillaires se rapprochent de la lumière tubaire, elles deviennent plus nombreuses, là, il y a peu de tissu conjonctif de soutien et une augmentation considérable des éléments épithéliaux.

Au fort grossissement, les prolongements tumoraux se terminent en fines digitations. A la base du pédicule et sur les grosses branches, les cellules sont allongées, par endroits cylindriques. Elles sont disposées en 2 à 4 couches. Les noyaux sont gros, ronds ou ovoïdes et remplissent la moitié ou les 2/3 de la cellule. Partout de nombreuses karyokinèses. Nombreux polynucléaires vers la lumière. Le stroma est constitué de cellules fusiformes dont les noyaux sont fortement colorés par l'hématoxyline et très allongés; il est infiltré de leucocytes.

Werner. — *Uber gleichseitiges vorkommen des Karzinom in Uterus und in den Adnexen* (Arch. f. Gyn., 1914, t. 101, p. 175 [ne se trouve pas à la Faculté]. — Analyse du Centralblatt).

Description de 15 cas de cancer simultané dans l'utérus et les annexes. Dix d'entre eux étaient des tumeurs indépendantes entre elles, et six fois il s'agissait d'une affection primitive des annexes, quatre fois, affection primitive de l'utérus. L'auteur donne une description macroscopique et microscopique des principaux cas.

Observation 43. — Bilatéral.

Hoermann. — *Doppelseitiges Tubenkarzinom* (Zentr. f. Gyn., 1914, n° 4, p. 177).

L'auteur présente, à la séance du 17 juillet 1913 de la Société de Gynécologie de Munich, une pièce comprenant un cancer tubaire bilatéral, avec irruption de la tumeur tubaire droite dans une anse grêle, et indépendant de l'utérus. L'extirpation de la tumeur tubaire droite exigea la résection de l'anse iléale accolée.

Observation 44. — D

Lipschitz. — *Cancer greffé sur une tuberculose tubaire* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1914, t. 39, p. 33).

Nullipare de 44 ans, réglée régulièrement et bien portante.

Depuis un an, douleurs intenses, lombaires, durant les règles; douleur abdominale à la marche.

Opération. — Hystérectomie. Salpingo-ovariectomie double.

Macroscopiquement : Trompe gauche normale. La partie externe de la trompe droite est dilatée et contient

une tumeur de la dimension d'une noisette. L'ampoule est fermée. L'utérus contient un petit noyau interstitiel.

Histologie. — La trompe droite contient du tissu inflammatoire tuberculeux, de nombreuses formes papillaires et un carcinome du type alvéolaire. D'après l'aspect histologique, on pense que le cancer s'est développé sur le terrain d'une vieille tuberculose.

Observation 45. — Unilatéral.

Tehornaia (Esther). — *Sulle difficolta di diagnose del carcinoma primitivo della tuba*
(Annali di Ostetricia, Milano, 1914, p. 261-274, 1 pl.).

L'auteur rapporte un cas de *kyste tubo-ovarien*, formé par l'adhérence de l'extrémité abdominale de la trompe de Fallope à la substance de l'ovaire. Il fut très difficile de dire si le point de départ de la tumeur siégait dans la trompe ou l'ovaire. Le développement du cancer de la trompe est lent, tandis que celui de l'ovaire est rapide. Si l'extension du tissu cancéreux est faible, ceci est en faveur de l'origine tubaire. Le cancer de la trompe débute dans l'ampoule ou le milieu de la trompe, et ne donne pas d'ascite.

Le cas de l'auteur présentait une progression lente, avec un léger développement de la tumeur, une structure papillaire, des masses néoplasiques dans l'ampoule, pas d'ascite; il était évident qu'il y avait eu des antécédents inflammatoires.

Tous ces faits démontrent que c'était un cancer primitif de la trompe. Seuls, le siège et les lésions d'une pareille tumeur peuvent trancher entre l'origine ovarienne ou tubaire.

Observation 46. — Unilatéral.

Cumston. — *Primary Carcinom of the Fallopian tube* (Internat Clin. Philad., 1914, t. 24, p. 218-221 (ne se trouve pas à la Faculté).

1915. — Luck. — *Sur un cas de cancer primitif des trompes* (Thèse Berlin, 1915 [voir Ruge, 1917]).

Observation 47. — Unilatéral.

Muller (G.). — *Tumoren der Tuba Fallopiæ. Chronische Entrundung und Karzinom der Tuba Fallopiæ* (V. Kongr. tschech. Naturf u. Aertze Prag. 1914, — Réf. : Zent. f. Gyn., 1915, s. 457).

Observation 48. — Unilatéral.

Schottlaender. — *Zystiches Fibroadenom beider Eierstöcke. Abschnürung des einen, primäres Karzinom des anderen Eileiters* (Geb. gyn. Ges. in Wien, 10 mars 1914. — Réf. : Rundschau, 1915, H. 5/6, S. 108).

Observation 49. — D.

Strassmann. — *Tubenkarzinom, Exstirpation und Kolon-invagination* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1915, t. 77, p. 213-214).

49 ans. Douleurs violentes dûes à une tumeur siégeant à droite dans le ventre.

Laparotomie. — Isthme de la trompe dilaté en une masse ovoïde, en relation avec l'ovaire, ayant donné lieu à de profondes altérations du plancher pelvien. Extirpation de la tumeur.

Histologiquement, à l'endroit des franges tubaires, on voit des villosités cancéreuses, qui s'étendent sur toute la trompe.

L'ovaire présente quelques dilatations kystiques, mais rien de malin. Opérée depuis 3 mois.

1916. — Observation 50. — Unilatéral.

Mantel. — *Eine Fall von primären Tubenkarzinom mit metastasenbildung in der Leber* (Th. Erlangen, 1916).

Observation 51. — Unilatéral.

Schweigkart. — *Ein Fall von primaren Tubenkarzinom mit metastasenbildung in den Bauchdeken* (Thèse Munich, 1916).

Observation 52. — Unilatéral.

Spencer. — *Primary cancer of the Fallopian tube; Operation; Recidiv.* (Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp., 1916, vol. 27, p. 200).

Ces 3 publications manquent à la bibliothèque de la Faculté.

Observation 53. — Bilatéral.

Andrews (H.-R.). — *Bilateral carcinoma of Fallopian tube* (Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp., vol. 27, p. 200 [manque]).

Observation 54. — D.

Fleischmann. — *Carcinoma tubæ* (Wiener Klin. Woch., 1916, p. 632, n° 20).

39 ans, Treize ans auparavant, on lui avait enlevé un *cysto-sarcome* de l'ovaire gauche (un mois après son premier accouchement).

Depuis 3 mois, règles prolongées, profuses; au cours des huit derniers jours, douleurs abdominales inférieures, irradiant dans les jambes. Fièvre. Amaigrissement.

On trouve à droite de l'utérus une tumeur annexielle mobile, sensible à la pression, de la dimension d'une main de femme, vraisemblablement inflammatoire. Les symptômes inflammatoires régressent progressivement, la tumeur devient plus petite et la malade finit par se remonter.

En décembre, fortes hémorragies utérines nécessitant une laparotomie. Tumeur de la trompe droite adhérant fortement à l'épiploon, à l'intestin et au péritoine; elle est extirpée avec l'ovaire, en apparence sain, et l'utérus. L'utérus contient de petits myomes et un polype muqueux.

La trompe, déjà dans sa partie isthmique, est épaissie : 3 à 5 cm. de diamètre. Elle présente, dans sa partie ampullaire, une tumeur de la grosseur d'un poing. Ostium abdominal fermé; la capsule tumorale est solide, tendineuse, épaisse de 1 à 3 cm. Dans la portion isthmique, masses isolées de consistance biliaire; dans la partie ampullaire, formations papillaires et noyaux plus homogènes, de couleur blanc-grisâtre par endroits.

Microscopiquement : Cancer tubulaire qui, à de nombreux endroits, rappelle les altérations cancéreuses des kystomes glandulaires papillaires de l'ovaire. Il y a probablement un cancer tubaire primitif. Une métastase de la tumeur maligne de l'ovaire gauche, extirpée 13 ans auparavant, est vraisemblablement improbable, car l'ovaire droit extirpé actuellement est indemne de néoformation.

On note que la malade a souvent souffert de troubles gastriques; on n'a pas constaté de néoplasme gastrique.

Observation 55. — Bilatéral.

Latzko. — *Linkseitige Tubenkarzinom, rechtseitige Karzinomatose Tuboovarialzyst*
(Wien. Klin. Woch., 1916, n° 35, p. 1124).

La pièce provient d'une femme de 39 ans qui, depuis 5 semaines, se plaignait de douleurs dans le coté droit de l'abdomen et dont l'écoulement vaginal, apparu il y a un an, s'était teinté de sang.

Il y avait, à droite, une tumeur molle de la grosseur du poing, à gauche de l'utérus antéfléchi, une tumeur plus petite, plus ferme. De celle-ci *s'exprimait une sécrétion jaune-rougeâtre*. Cette constatation ne parut pas nette et l'auteur réserva son diagnostic.

L'opération pratiquée le 15 mai 1916 révèle, à droite, un kyste tubo-ovarien gros comme le poing, qui éclata au cours de l'énucléation, répandant des masses papillaires et un contenu liquide jaune trouble kystique. La trompe gauche est également mince, de la grosseur du pouce, molle et de 20 cm. de long. Ablation de l'utérus et des annexes; l'appendice contenait un calcul stercoral.

Evolution sans troubles. Le 12e jour, la malade part.

A la coupe, les trompes présentent un contenu papillaire friable; la trompe gauche est obturée à son extrémité abdominale; la droite se jette dans un kyste ovarien recouvert de masses papillaires analogues; ce kyste est du volume d'une orange.

La trompe droite a une paroi très mince; à son extrémité frangée, on reconnaît, du côté opposé, un reliquat ovarien épais d'un centimètre. Tandis que les masses carcinomateuses siégeant dans la lumière présentent une disposition papillo-adénomateuse, le reliquat ovarien susnommé présente une structure purement adénomateuse, qui doit être considérée comme une métastase.

Dans ce cas, le diagnostic exact n'a pu être posé avant l'opération.

A noter l'écoulement qui peut être caractéristique du cancer de la trompe.

OBSERVATION 56. — D.

THALER (H.). — *Primäres Tubenkarzinom bei Uterus myomatus. Metastasierung in Ovarium und Appendix* (Wien. Klin. Woch., 1916, n° 35, p. 1122).

36 ans. De nombreuses années auparavant, un accouchement, et un avortement. Il y a 4 mois, curettage d'un utérus récemment gravide, pour débris placentaires. Retour des règles. Depuis l'*avortement, pertes aqueuses profuses* et *amaigrissement progressif*. Dans la fosse iliaque droite, crises douloureuses.

EXAMEN. — Utérus myomateux, à mi-chemin de l'ombilic. Annexes plus grosses à droite qu'à gauche.

OPÉRATION (Schauta). — Ablation de l'utérus gros comme un poing d'homme et des trompes dilatées présentant des hydrosalpinx fermés et des ovaires inclus dans des adhérences. L'appendice, caché sous un voile, est également enlevé.

Dans la trompe droite il y a eu un développement cancéreux primitif sous forme d'une tumeur grosse comme le poing d'un enfant, qui s'étend principalement à la partie ampullaire de la trompe. La tumeur présente un caractère papillaire, qui se trouve le plus souvent dans ces cas, et semble s'être développée sur un hydrosalpinx fermé.

Dans la cavité utérine, on trouve, avec une muqueuse histologiquement normale, des fragments tumoraux isolés qui semblent provenir de la tumeur tubaire.

HISTOLOGIE. — Cancer papillaire, siégeant en grande partie sur une musculeuse hypertrophiée. Le stroma conjonctif est très fragile, peu infiltré, complètement com-

primé par la prolifération épithéliale atypique, n'ayant pas atteint le stade de maturité.

Croissance nettement exophytique; métastases dans l'ovaire droit, déjà visibles à l'œil nu et propagées suivant les lymphatiques. Métastases dans l'appendice. Leur disposition se révèle sous forme de nids concentriques entourant les couches lymphoïdes de l'appendice.

OBSERVATION 57. — G.

BARRETT. — *Case of primary épithélioma in tuberculous tube* (Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1916, t. 9, n° 8. — Obst. Gyn., 1916, p. 63-78).

46 ans. Nullipare. Depuis 10 ans se plaint de douleurs de la fosse iliaque droite, irradiant en bas et en arrière. Depuis 2 mois, ces douleurs ont augmenté, irradiant dans les jambes; mictions fréquentes avec douleur terminale .Depuis un an, menstruation douloureuse durant les deux derniers jours.

EXAMEN. — Tumeur dure remontant à 6 cm. au-dessous de l'ombilic et s'étendant dans la fosse iliaque droite. Exploration douloureuse.

Le Douglas et les deux culs-de-sac sont remplis par une masse volumineuse; douleur surtout à droite.

OPÉRATION. — Adhérences à l'épiploon et à l'intestin. Annexes gauches kystiques adhérentes au cul-de-sac de Douglas et à l'utérus. A droite, tumeur kystique.

EVOLUTION. — Bonne convalescence. Meurt 6 mois après d'une affection pulmonaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'examen révèle une vieille affection tuberculeuse des trompes. La trompe gauche est infiltrée en outre par un cancer. Par places, la tumeur ressemble à un *épithélioma pavimenteux,* à point de départ tubaire, consécutif à une métaplasie de l'épithélium de l'oviducte. La paroi tubaire est infiltrée

par la tumeur, et est épaissie de 0 cm. 5 à 2 cm. 5. La lumière est légèrement dilatée et la surface interne est rugueuse. La séreuse est intacte.

Histologie. — *Tuberculose des deux trompes.* Sur toute la longueur de la trompe, on constate une infiltration cancéreuse. Du côté externe, les cellules tumorales sont kératinésées et il y a quelques nids cellulaires. La tumeur a l'aspet typique d'un cancer cellulaire squameux. Dans d'autres parties de la trompe, la kératinisation ne s'est pas produite et les cellules tumorales ressemblent aux cellules de la couche en palissade de l'épithélium squameux.

En résumé : Cancer corné à cellules squameuses et polygonales avec tuberculose granuleuse et caséeuse.

1917. — Observation 58. — Bilatéral.

Knoop. — *Tube carcinom* (Nederl. Gyn. Verein sitz vom 20 mai. — Nederl. Tidjschr. v. Verlosk u. Gy., 1917, Bd. 26, n° 2 et 3, p. 257. — Holländisch).

Cancer tubaire primitif double, avec métastases dans la muqueuse utérine.

Observation 59. — D.

L'Espérance (E.-S.). — *Primary plexiform carcinoma of the Fallopian tube associated with tuberculosis* (Proc. New-York Path. Soc. 1917; N°s 6-8).

35 ans. Entre le 22 avril 1916. Depuis 1 mois, *métrorragies, leucorrhée très abondante.* Amaigrissement.

Examen. — Utérus gros; le col est rempli de débris rougeâtres. Le curettage révèle un carcinome plexiforme atypique, dans un stroma granuleux, avec des glandes utérines normales.

Opération 3 jours après. Hystérectomie. Double salpingite; utérus myomateux avec inflammation du liga-

ment large gauche. Convalescence sans incidents. Revue 6 mois après en parfaite santé.

A. P. — La trompe droite était dilatée, surtout dans sa portion abdominale, les franges accolées en une masse solide adhérant à l'ovaire. La partie utérine de la trompe était rétrécie et la lumière petite. La paroi, très épaissie, était le siège d'un processus diffus l'envahissant tout entière. La muqueuse présentait des projections papillaires qui fusaient vers l'ostium abdominal, obturant complètement la lumière. La trompe gauche présentait un pyosalpinx.

Au microscope, on constate que la trompe droite est infiltrée par un cancer à type plexiforme, avec *zones rappelant une épidermisation*; nombreuses zones hyperplasiques et nécrosées ressemblant à des tubercules. La couche musculaire est profondément infiltrée par le cancer, formant des rides et des traînées qui s'étendent à la séreuse. Les zones *nécrosées* ressemblent à des formations kystiques remplies de substance nécrosée et de masses de cellules cancéreuses. *Ces zones à apparence kystique* remplissent les espaces intervilleux, et dans certaines régions les *cellules cancéreuses semblent se continuer avec le reliquat hyperplasique de l'épithélium tubaire.* — Par endroits, aspect papillaire. Cependant, l'ensemble de la tumeur est disposé en larges couches de *grandes cellules polyédriques.* Beaucoup de ces masses présentent des *cellules géantes à aspect syncytial.*

En résumé, le carcinome plexiforme infiltrait largement la plus grande partie des portions externe et moyenne. L'extrémité utérine était petite et la muqueuse était le siège d'un processus granuleux du type habituellement vu dans la tuberculose.

Cancer primitif de la trompe, développé sur un processus tuberculeux, avec extension du cancer à travers les vaisseaux dans la paroi utérine et envahissement secondaire d'une petite zone de la muqueuse utérine.

Observation 60. — G.

Ruge (C.). — *Ueber primäres Tubenkarzinom* (Arch. f. Gynäk, 1917, t. 106, p. 207-242).

I. — Cancer tubaire primitif gauche *avec kyste tubo-ovarien.*

Femme de 55 ans. Il y a 35 ans, un accouchement normal; puis deux fausses couches, la dernière il y a 28 ans, suivie de péritonite (4 mois).

Menstruation régulière. Ménopause il y a deux ans.

Depuis deux mois, mictions difficiles, goutte à goutte, pollakiurie. Constipation, anorexie, insomnie. *Pas de leucorrhée ni d'amaigrissement.*

Toucher vaginal. — Utérus déplacé en avant par une tumeur. Pas d'ascite.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire avec adhérences. Pyélite gauche.

Opération. — Ablation de la tumeur avec la trompe gauche. Convalescence sans incidents.

A. P. — La trompe a une longueur de 7 cm., de l'épaisseur du pouce vers le bout abdominal. Les franges ont disparu. La lumière est remplie de masses médullaires, adhérant au mésosalpinx.

Au microscope, masses cancéreuses largement insérées sur la face opposée au mésosalpinx. La muqueuse est atrophiée, la musculature légèrement œdématiée; infiltration leucocytaire.

En résumé, carcinome polypeux qui, originairement de structure papillaire, prit un caractère *alvéolaire et médullaire* se manifestant par un grand polymorphysme: *aspect giganto-cellulaire* et nombreuses mitoses.

Observation 61. — G.

II. (Dans thèse de Luck, Berlin, 1915). — Cancer

tubaire primitif gauche *avec kyste de l'ovaire*. Métastase lympathique étendue.

Femme de 52 ans. IX-pare. Dernier accouchement il y a 18 ans. Toujours régulièrement réglée; durée 8-14 jours. Dernières règles : mai 1913.

Depuis 9 mois, douleurs abdominales à gauche et douleurs sacrées.

Polliakiurie. Augmentation de volume du ventre.

Diagnostic. — Cancer de l'ovaire. Ascite.

Opération. — Tumeur volumineuse remplissant le Douglas, en partie kystique. Ablation de l'utérus et des annexes. *Gros paquets lymphatiques cancéreux soudés aux parois des vaisseaux.* . ...

Convalescence sans incidents. Six semaines après, réapparition de l'ascite.

A. P. — Cancer primitif de la trompe g. avec formation polypeuse considérable, jusque dans le segment interstitiel de la trompe. Point de départ probable dans la partie moyenne, le cancer étant largement inséré sur la paroi. Tumeur à caractère papillaire.

Le cancer s'est propagé par les voies lymphatiques à l'ovaire droit et dans l'utérus et dans les ganglions lymphatiques iliaques. Dans ces métastates, le caractère papillaire primitif est plus marqué que dans la tumeur primitive, en grande partie alvéolo-médullaire.

Observation 62. — Bilat.

III. — Cancer tubaire primitif bilatéral avec métastases, par greffe, dans l'utérus.

Femme de 64 ans. IV-pare. Puis une fausse couche suivie de péritonite.

Menstruation régulière. Ménopause à 54 ans.

Depuis quelques mois, douleurs abdominales, phlébite, constipation.

Utérus augmenté de volume; à sa droite tumeur adhérant dans le Douglas.

Diagnostic. — Tumeur ovarienne bilatérale, probablement maligne.

Opération. — Hystérectomie totale. Prolongements tumoraux sur l'S iliaque.

Convalescence sans incidents. Récidive 5 mois après.

A. P. — La préparation rappelle un pyosalpinx typique. Des masses médullaires *rouge-verdâtre* remplissent la lumière des trompes et adhèrent aux parois; par places, *aspect papillaire villeux.*

En résumé, le cancer a envahi les deux trompes, l'ovaire droit et le corps utérin. L'ovaire gauche est sain, tandis que la trompe gauche est cancéreuse. La trompe droite est la plus envahie. L'utérus a été envahi secondairement comme le prouvent l'examen macroscopique et histologique, par implantation de fragments cancéreux sur la muqueuse utérine.

Observation 63. — Bilatéral.

IV. — Cancer tubaire primitif bilatéral avec métastases dans le péritoine et l'ovaire gauche.

Femme de 54 ans. Bien réglée. Ménopause il y a 7 ans. Nullipare.

Ecoulement vaginal jaunâtre, fétide. Pollakiurie. Amaigrissement.

Examen. — A droite de l'utérus, tumeur remplissant le Douglas; à gauche, tumeur plus petite irrégulière.

Opération. — Hystérectomie totale. Convalescence sans incidents.

A. P. — La trompe droite présente une tumeur kystique et des proliférations papillaires; à la coupe, présence de masses tumorales imprégnées de sang, et dans la

trompe gauche, lumière remplie de masses médullaires.

Le cancer s'est développé dans les deux trompes, sur le terrain d'une inflammation ancienne. Ce qui le confirme, c'est l'occlusion de l'ostium abdominal et le sac kystique abdominal, de même que les espaces épithéliaux dans la musculature de la partie interstitielle de la trompe gauche. Il est remarquable de noter *la perméabilité de la trompe gauche.*

Par places, le cancer se révèle comme papillaire, mais dans l'ensemble il a le caractère alvéolaire et même aux endroits papillaires il est stratifié. Par l'ostium abdominal ouvert, les proliférations de la paroi tubaire ont poussé des greffes sur la séreuse utérine et l'intestin, ainsi que sur l'ovaire gauche. Les voies lymphatiques sont indemnes.

Suit une longue discussion sur la question.

Dans *Surg. Gyn. et Obst.* 1917, p. 675, Jacobson et Wells décrivent un néoplasme malin primitif de la trompe de Fallope, probablement déciduomateux. Mais les arguments n'ont rien de décisif. En tout cas, cette observation ne peut être considérée comme un épithélioma proprement dit, en raison des doutes suggérés par les auteurs.

1918. — Observation 64. — G.

Moench. — *Zur Pathologie des Karzinoms* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., t. 80, 1918, p. 1-84).

Femme 51 ans. Un accouchement 20 ans auparavant. Bien réglée, mais règles irrégulières depuis un an et leucorrhée. Ménopause de 6 mois; l'écoulement se continue, fétide. Vagues douleurs pelviennes. Amaigrissement (16 livres).

Examen. — Utérus remontant à l'ombilic. Tumeur ovarienne?

Laparotomie. — Adhérences péritonéales. Hystérectomie totale. La trompe gauche de la *grosseur d'un bras d'homme,* longue de 20 cm, a des parois très minces. A la coupe, il s'échappe du liquide et quelques particules solides blanchâtres. Carcinome primitif de l'hydrosalpinx gauche. Ostium abdominal fermé.

Histologie. — La paroi tubaire est formée de fibres conjonctives minces, pauvres en noyaux et présentant par endroits une dégénérescence hyaline. Plus de fibres musculaires. Par places, infiltration leuco-hyaline. Plus de fibres musculaires. Par places, infiltration leucocytaire. La muqueuse a disparu en grande partie.

Les papilles étaient constituées de ramifications de couches épithéliales cylindriques multiples. Ces proéminences se voyaient surtout dans la lumière de la trompe. Les cellules étaient relativement petites, arrondies, à noyaux riches en chromatine. Entre ces cellules on trouve des reliquats de tissu conjonctif.

En résumé, cancer tubaire papillo-alvéolaire.

La malade, revue 6 mois après, est en bonne santé et ne présente pas de récidives.

L'auteur fait ensuite une étude du cancer tubaire.

1919. — Observation 65. — Unilatéral.

Schwartz. — *A case of primary carcinom of the Fallopian tube* (Bull. Womans Hosp. N. Y., 1917, Path., n° 49-54)? introuvable. — *Carcinoma or tube; carcinoma of ovary* (Proc. New-York Path. Soc., 1919, n°s 1-5, p. 72-73).

L'auteur présente une pièce anatomique de cancer primitif de la trompe.

On avait enlevé un *kyste tubo-ovarien* qui contenait

trois petits foyers cancéreux, le plus grand mesurant seulement 75 millimètres de diamètre.

La masse était papillaire.

La question était de savoir s'il s'agissait d'un cancer primitif ou d'une métastase infiltrante. Rien n'empêche d'admettre qu'il s'était produit plusieurs cancers en même temps.

La métastase par implantation n'est probablement pas la cause; il y avait du liquide libre dans la trompe. Entre les papilles la muqueuse était absolument libre et la paroi tubaire n'était nulle part envahie; il n'y avait qu'une réaction inflammatoire modérée de la paroi musculaire.

Observation 66. — D.

Rohdenburg (G.-L.). — *Primary Carcinom of the Fallopian tube* (Proc. New-York Path. Soc. janv. may 1919, p. 1-6).

Femme de 45 ans, présentant les symptômes habituels des annexites.

Diagnostic. — Pyosalpinx double adhérent à l'utérus. — Hystérectomie totale.

A. P. — Les trompes, kystiques, sont très adhérentes à l'utérus et les ovaires sont noyés dans des adhérences. A la coupe : rien à l'utérus; les deux ovaires sont fibreux et présentent de la dégénérescence kystique. La trompe gauche contenait 25 cm^3 de liquide *jaune paille* et avait une paroi lisse. La trompe droite contenait la même quantité de liquide sanglant et présentait une paroi interne rugueuse, ayant un caractère papillomateux.

L'examen microscopique de la trompe droite révèle une néoformation papillaire, composée de cellules épithéliales cylindriques dont la plupart sont en mitose. La

néoformation avait envahi les parois musculeuses de la trompe à une profondeur considérable et directement à même la capsule de l'ovaire droit, il y avait quelques ilots métastatiques de dimensions microscopiques.

Observation 67. — Bilatéral.

Robinson. — *Carcinoma of Fallopian tube* (Americ. Journ. of Obst., 1919, p. 555-557, t. 80).

56 ans. Vient pour un prolapsus utérin. Rien de particulier.

Hystérectomie vaginale. — Du côté droit, kyste intra-ligamentaire de la dimension d'une orange, non diagnostiqué avant l'opération.

Convalescence sans incidents.

A. P. — L'utérus contient un fibro-myome interstitiel. Le ligament large contient une tumeur kystique. Les deux trompes sont chroniquement enflammées, épaissies, de la grosseur d'un crayon; les ostia abdominaux sont fermés, adhérents l'un à la partie du kyste, le gauche à l'ovaire correspondant.

Les coupes histologiques des trompes révèlent des modifications morphologiques traduisant la dégénérescence adéno-carcinomateuse. (Réf. Le Count, *The of Fallopian tube in hyperplastic Salpingitis*, Johns Hopkins Hospital Bull, 12-120, 1901.)

Observation 68. — Bilatéral.

Philipps (Th.-B.). — *Een geval van kranker van beide Eileiders* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk, 1919, t. II, p. 988-993, n° 44, Amsterdam).

Femme 44 ans. VI-pare. Rien dans les antécédents familiaux. Réglée à 16 ans. Vient avec le diagnostic d'atrésie vaginale.

Depuis un an, écoulement vaginal non sanglant, qui

se ralentit. Douleurs lombaires et amaigrissement. La menstruation est plus longue et plus abondante que normalement.

Diagnostic. — Atrésie vaginale. Kyste de l'ovaire gauche. Ovaire droit gros.

Hystérectomie totale. Part guérie 3 semaines après.

A. P. — Les deux trompes sont en forme de *saucisson*, légèrement incurvées et mesurent 10 cm. de long sur 3 cm. 1/2 de large.

A la coupe, *masse gris-verdâtre*, molle, à apparence de choux-fleurs. La séreuse paraît intacte.

Diagnostic microscopique. — Papillo-carcinome des trompes.

1920. — Observation 69. — Bilatéral.

Coulaud. — *Fibromyome, Epithélioma des trompes, tumeur bénigne du rein chez une malade de* 66 *ans* (Bull. Soc. Anat. Paris, février 1920, p. 93).

Constatation d'autopsie. — Depuis 3 ans, signes de cirrhose de Laënnec; quelques mois avant sa mort on avait constaté un volumineux fibrome utérin, et quelques jours avant des placards purpuriques surtout marqués au niveau du thorax et des mains.

Autopsie. — *Foie* : jaune, petit, non scléreux.

Rein gauche; kyste banal, du volume d'une noix.

Tumeur utérine fibro-myome contenant 2 cavités isolées.

Histologie. — *Tumeur tubo-utérine.* Végétations constituées par des bourgeons conjonctifs de toutes dimensions, entourées d'une assise unique de cellules épithéliales. Certains de ces bourgeons étaient le siège d'hémorragies, et l'épithélium paraissait ne plus circonscrire qu'un amas de globules rouges. L'aspect de ces végétations, l'intégrité des ovaires nous ont fait penser

qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif de la trompe utérine ayant envahi un fibro-myome.

Tumeur rénale a cellules claires. — Dans le tissu rénal, mais appliqué contre la paroi conjonctive de l'hypernéphrome, existait un vaisseau assez volumineux. *Dans sa lumière nageaient quelques végétations rigoureusement semblables aux végétations qui avaient envahi le fibrome utérin.* C'est la seule métastase que nous ayons observée, malgré des coupes systématiques au niveau de tous les viscères. En somme, probablement *épithélioma primitif des trompes avec bourgeons métastatiques intra-vasculaires dans le rein.*

C'est l'état du foie qui a occasionné la mort.

Observation 70. — D.

Barris (J.-D.). — *Cancer primitif de la trompe de Fallope* (Proced. Roy. Soc. Med., juill. 1920, t. 13, n° 9, p. 209-210).

Femme de 55 ans; 3 enfants. Ménopause à 52 ans 1/2.

En novembre 1919, note pour la première fois une hémorragie, qui se répète et devient presque continue. Amaigrissement.

Examen. — Utérus déplacé en avant et à gauche par une tumeur kystique remplissant toute la cavité pelvienne. Col en apparence sain.

Laparotomie 18 mai 1920. Trompe de Fallope distendue, lisse, 30 *cm. de long et* 36 *cm. de circonférence maxima.* Elle était coudée au-dessus et en arrière de l'utérus. Ostium abdominal fermé.

L'utérus normal est parsemé de petits nodules. L'ovaire droit est adhérent à la trompe droite et double de la normale; ovaire gauche normal.

Hystérectomie totale. Pas de nodules sur le péritoine abdominal, pas de ganglions, pas d'ascite.

La trompe ouverte présente une paroi mince et translucide avec des zones opaques. La cavité contient du liquide sanguinolent altéré et de nombreuses masses de tumeurs papillomateuses adhérentes à la paroi interne. L'ovaire droit sectionné présente quelques dépôts secondaires dans sa partie supérieure; la partie inférieure contient deux kystes de la dimension d'une cerise.

Histologie. — Cancer papillomateux à cellules cylindriques. La portion kystique de l'ovaire droit ne présentait pas de dégénérescence maligne.

Observation 71. — Unilatéral.

Spencer, en plus de 4 cas déjà publiés, a rencontré récemment, au cours d'une autopsie, un cancer primitif de la trompe de Fallope, chez une malade ayant succombé à des métastases cancéreuses secondaires dans le péritoine.

Observation 72. — D.

Thaler. — *Tubenkarzinom*
(Zentr. f. Gyn., 1920, n° 22, p. 576).

I. — 40 ans. A la suite d'un accouchement à 20 ans, elle eut des suites de couches fébriles et de la pelvi-péritonite. Depuis, toujours bien portante et bien réglée.

Dernières règles prolongées, douloureuses. Elévation thermique.

A l'examen, tumeur abdominale allant jusqu'à l'ombilic.

Diagnostic. — Tumeur kystique à pédicule tordu ou exacerbation du processus inflammatoire.

Laparatomie. — Kystes des annexes droites; celles-ci sont chroniquement enflammées. Hystérectomie totale.

La trompe droite, de l'épaisseur du pouce, présente dans sa partie isthmique une tumeur médullaire de la

dimension d'une petite noisette, qui, à l'examen histologique, se révèle comme un cancer papillaire.

La musculature de la trompe n'était pas envahie par la tumeur; dans celle-ci on trouve de *larges zones de nécrose.*

Revue trois ans et demi après, toujours bien portante et sans récidive.

Observation 73. — D.

II. — 63 ans. *Nullipare. Ménopause il y a* 19 *ans.*

Depuis quelques semaines, écoulement jaunâtre, puis sanglant.

Douleurs sacrées. A l'examen, légère hémorragie.

Diagnostic. — Dégénérescence sarcomateuse probable de petits myomes.

Laparatomie. — Douglas rempli de masses tumorales médullaires griables, en relation avec les annexes droites. Ovaires petits, fibreux. Comme l'utérus semblait indemne de cancer, il fallait admettre que l'origine se trouvait dans la trompe droite. Hystérectomie totale.

Examen histologique. — Cancer tubaire à forme glandulaire, alvéolaire, fenêtrée. L'extension était infiltrante, exophytique, d'après Schottländer, et traduisant une malignité notablement plus élevée que pour la forme papillair pure à croissance endophytique.

Après l'opération, on introduit à travers la place opératoire 50 *milligrammes éléments de radium, qu'on laisse pendant* 23 *heures.* Deux mois plus tard, dans le cul-de-sac vaginal, la même quantité de radium est appliquée et maintenue pendant 6 heures.

Revue 2 ans après, en excellent état, sans traces de récidive.

Observation 74

Albrecht (M.). — *Sur la coexistence de cancer et de tuberculose du même organe* (Zeitschrifft für Krebsforschung, 1920, t. 17, f. 3, p. 525).

Lubarch a discerné 4 possibilités.

1) Coexistence purement accidentelle d'un cancer avec une tuberculose en état de guérison; le cancer n'influence nullement par son évolution le processus tuberculeux et inversement.

2) Les bacilles d'une ancienne tuberculose trouvent dans la cachexie cancéreuse un terrain favorable à la formation d'une nouvelle poussée.

3) A un cancer en pleine évolution se surajoute une infection tuberculeuse fraîche.

4) La tuberculose chronique est une condition qui prédispose à l'évolution d'un cancer.

Dans cette classification peuvent être rangés, d'après l'auteur, tous les cas observés jusqu'à présent. Ce résumé sert de préambule à une observation personnelle de tuberculose chronique de la trompe, à laquelle s'est surajoutée un cancer qui a provoqué, par mobilisation et réactivation des bacilles, une généralisation du processus tuberculeux.

1921. — Observation 75. — G.

Olivier et Martin. — *Cancer de la trompe* (Lyon Médical, 1921, p. 946).

55 ans, a toujours eu une bonne santé. Réglée à 14 ans, mariée à 24, a eu 6 enfants. Pas de fausse couche, pas de passé annexiel. — Ménopause à 51 ans. A 55 ans, les pertes réapparaissent, continues, petites, parfois franchement sanglantes, parfois à peine roussâtres.

L'utérus semble volumineux dans la région du fond et est en rétroflexion légère; mobilité parfaite.

Diagnostic. — Néoplasme de la cavité utérine.

Intervention en mars 1921. Hystérectomie totale. Les suites furent simples et cette malade est toujours en excellente santé.

Lésions. — Utérus petit en position normale. Intégrité de tout l'appareil salpingien en dehors de la trompe néoplasique. Celle-ci, la trompe gauche, du volume de l'index, est couchée sur le fond et la face postérieure de la matrice. C'est elle qui en imposait pour un fond utérin un peu gros et un organe en rétroflexion. Elle est très adhérente à l'utérus. *Par son orifice abdominal sortent des bourgeons œdémateux rosés, très mous.* Aucune autre lésion.

C'était donc une trompe malade en position anormale, saignant par l'ostium utérin et en imposant pour un utérus atteint de néoplasme du corps. L'histoire et le toucher s'unissaient pour confirmer ce diagnostic.

Histologie. — Schématiquement, les coupes comprennent deux départements bien distincts.

1° Une *zone fibro-conjonctive* assez dense, traversée par des pinceaux de fibres musculaires lisses coupés soit en long, soit en travers, avec de nombreux vaisseaux de tous calibres, normaux pour la plupart, et aussi quelques points inflammatoires discrets composés presque exclusivement de plasmocytes.

2° Une *zone plus superficielle,* assez nettement séparée de la précédente et formée de deux sortes d'éléments.

a) Un *stroma très inflammatoire* comprenant du tissu conjonctif semé de plasmocytes en amas ou disséminés sans ordre, et des néo-capillaires en grande abondance.

b) Des *boyaux épithéliomateux,* tantôt pourvus d'une lumière centrale, plus ou moins bifurquée et tortueuse, tantôt pleins. Ces boyaux sont formés de cellules à

contours mal définis, mais individualisées par des noyaux gros, ovales ou arrondis, parfois un peu frippés, à réseau chromatinien très délicat, piqués d'un ou de deux nucléoles peu distincts. On rencontre *beaucoup de mitoses, la plupart désordonnés.* Il y a aussi beaucoup de noyaux hyperchromatiques et des cellules en voie de dégénérescence acidophile, isolées ou en nappe au centre des boyaux les plus gros. Ces boyaux cancéreux affectent tantôt la disposition alvéolaire, tantôt la disposition papillaire; ils sont alors axés par une travée conjonctive sur laquelle s'implantent directement les cellules néoplasiques. Il s'agit en somme d'un épithélioma à la fois alvéolaire et papillaire, la forme alvéolaire étant d'ailleurs prédominante.

Dans le cours de l'article, les auteurs *mettent en doute l'existence du périthéliome* et estiment que la curiethérapie doit céder ici le pas à la chirurgie, en raison de la difficulté du diagnostic. Leur observation montre que *le diagnostic vraisemblable n'était pas le vrai.*

Observation 76. — G.

Bretschneider. — *Zentr. f. Gyn.*, n° 27, 1921, p. 972.

44 ans. Blennorragie au cours des premières couches. Dernier accouchement il y a 19 ans. E n1920, *écoulement jaune sanguinolent* à la fin des règles, qui deviennent profuses. Depuis, règles douloureuses; douleurs irradiant dans le bassin et le sacrum. En août 1920, on trouve, en arrière et à gauche de l'utérus, une tumeur tendue, peu mobile.

Diagnostic. — Hydrosalpinx ou kyste soudé.

Laparotomie. — Hydrosalpinx gauche, adhérant dans le Douglas par son extrémité abdominale. Hystérectomie totale.

Deux semaines après, *radiothérapie intensive*, suivant

la méthode de Seitz et Wintz. La malade est guérie et cinq mois et demi après l'opération ne présente pas de récidives.

La pièce macroscopique révèle nettement une dégénérescence maligne de la trompe; l'*ovaire est indemne.*

L'*examen microscopique* permet de reconnaître une structure papillaire et par places une disposition alvéolaire.

Après l'opération, une amélioration des résultats peut être espérée grâce à l'application des rayons de Rœtgen et du radium, fait sur lequel Thaler a déjà insisté. Il a préféré les rayons X au radium, car celui-ci a un pouvoir d'irradiation moindre. Comme Sänger, Franqué et d'autres, l'auteur croit que le cancer s'est développé sur un processus inflammatoire chronique.

Observation 77. — Bilatéral? — *Discussion.*

Schweitzer a observé, en novembre 1920, une femme de 57 ans, dont une *sœur est morte de cancer du sein* et une autre d'une *affection de l'intestin.*

Un fausse couche; 5 accouchements, le dernier remontant à 20 ans.

Ménopause il y a 9 ans.

Les troubles se sont manifestés par des douleurs abdominales, accrues depuis 6 semaines. Bon état général. L'examen révèle, à droite de l'utérus, une tumeur mal délimitée, solide, mamelonnée, à peine mobile. Diagnostic : tumeur maligne de l'ovaire. A l'opération, on trouve, à droite de l'utérus, une tumeur de la dimension d'un poing, à aspect cancéreux, adhérant à l'utérus et à l'intestin. En décollant les adhérences, il s'échappe des fragments tumoraux dans la cavité abdominale. La tumeur fut difficilement énucléée. Ablation des annexes gauches et de l'utérus sur la paroi latérale duquel était greffée la tumeur. Du côté de l'extrémité abdominale de

la trompe gauche, il y avait de nombreuses nodosités papillaires, de la dimension d'un grain de seigle.

L'évolution post-opératoire se fit sans incidents.

L'examen microscopique révéla un cancer tubaire primitif.

Au début de cette année, la malade revient avec une récidive volumineuse dans la cicatrice vaginale et le paramètre droit, qui présentaient une dégénérescence marquée. Le rectum était considérablement rétréci. Les troubles plus intenses, la cachexie et la fièvre démontraient l'évolution maligne.

La tumeur extirpée était solide, présentant par places un caractère fondamental papillaire et alvéolaire. On ne peut dire si les manifestations inflammatoires étaient primitives ou secondaires. Dans ce cas, *la seconde trompe cancéreuse présentait des métastases.*

Pas d'ascite. *La muqueuse utérine était indemne.* A la suite de l'opération, l'implantation cancéreuse s'est manifestée rapidement en une nouvelle tumeur.

Il est toujours très difficile de faire, avant l'opération, le diagnostic d'un cancer primitif des trompes, sans symptômes caractéristiques. *La palpation d'une trompe en saucisson est rarement réalisable.*

Observation 78

V. Jaschke (R.) et O. Pankon, *Lehrbuch der Gynäkologie*, 2e *éd.*, 1921, p. 493.

Dans l'article des tumeurs primitives de la trompe, les auteurs disent que le cancer primitif est souvent bilatéral et qu'il se développe lentement, donnant au début peu de troubles.

Dans un cas opéré par l'auteur, le cancer avait considérablement envahi le rectum.

1922.

Leuret et Leroux. — Ce cas est rapporté avec les observations personnelles.

Observation 79. — G.

Goodrich (C.-H.). — *Primary carcinoma of the Fallopian tube* (Long Island Med. Journ., janv. 1922, vol. XVI, n° 1, p. 1-6).

44 ans. Pas d'enfants. 3 *fausses couches*. Mère morte de cancer de l'utérus à 52 ans.

A 21 ans, rétroversion de l'utérus, curettage. Règles régulières.

A 39 ans, interruption des règles pendant 7 mois.

Ecoulement vaginal. Double arthrite du genou.

Diagnostic. — Lésion infectieuse tubo-ovarienne.

Opération. — Trompe gauche quadruplée de volume; trompe droite plus petite. On les enlève. A la section de la trompe gauche, on constate une substance analogue à de *l'éponge molle*.

A. P. — Trompe gauche de 12 × 6 cm. Sa lumière est distendue par une masse en choux-fleurs, molle, friable, à l'apparence de carcinome.

La trompe droite, plus petite, ne présente pas de néoformation.

L'ovaire 3×2×1 est sclérosé avec quelques petits kystes.

Au microscope. — Cancer diffus de la trompe gauche. L'épithélium cylindrique originel a disparu; cependant, on retrouve par places quelques couches de cellules cylindriques. Le néoplasme est constitué par une tumeur épithéliale diffuse. Pas d'autres foyers.

En résumé, cancer primitif de la trompe gauche.

Revue un an après en bonne santé. Pas de récidive.

OBSERVATION 80. — Bilatéral.

KAHLMANN. — *Ein Fall von doppelseitigem primären Tubenkarzinom* (Wiener Medizinische Wochenschrift, 1922, Nr. 30-31, 29 Juli, p. 1.294).

THALER. — *Beiderseitiges primäres Tubenkarzinom* (Zentr. f. Gyn., 1922, n° 33, p. 1.354).

Femme de 40 ans admise le 12 janvier 1922.

Mère morte à 65 ans de cancer utérin.

A eu la rougeole étant enfant.

Il y a 10 ans, maladie d'estomac, vraisemblablement névropathique, qui guérit rapidement.

Premières règles à 13 ans; toutes les 3 semaines, abondantes, durant de 3 à 6 jours.

H. M. — *Avortement* de 4 mois en 1902, survenu spontanément et lié à une ovarite.

En mai 1921, curettage pratiqué hors de la clinique, pour pertes qui duraient depuis janvier 1921, d'abord séreuses, puis *lavure de chair.*

C'est à cause de l'arrêt des règles, qui remonte à mi-décembre 1921, que la maladie est admise.

Depuis 1 an 1/2, amaigrissement de 16 kilogs.

ACTUELLEMENT. — Femme de corpulence moyenne, élancée, d'aspect asthénique, très amaigrie. 0° : 36,7. Pouls : 84.

Rien de spécial aux différents organes. Abdomen rétracté.

EXAMEN GYN. — Utérus petit, antéversé et antéfléchi, paraissant fixé.

Annexes droites augmentées de volume, sensibles à la pression.

Annexes gauches semblables, mais difficiles à explorer.

Etant donné l'arrêt des règles et les résultats peu concluants de l'examen, on décide de pratiquer une hystérectomie vaginale.

Intervention le 4 février 1922 par le Pr Thaler.

Incision du vagin, puis la portion vaginale du col est amputée et l'utérus fendu en deux; il apparaît complètement vide. L'examen des annexes montre, de chaque côté, des tumeurs tubaires qui paraissent faire corps avec la paroi du bassin. Au cours de la dissection de la trompe droite, celle-ci est ouverte et laisse échapper un contenu sanguinolent, tandis qu'apparaissent des masses cancéreuses papillomateuses. On extériorise en bloc avec l'utérus les annexes droites, puis les annexes gauches libérées sont enlevées en même temps.

Drainage de la cavité péritonéale et de la plaie sous-séreuse par une mèche.

La malade guérie sort de la clinique 14 jours après.

A. P. — L'utérus, en forme de massue, est légèrement augmenté de volume avec surface lisse. Sur la surface de section de la paroi antérieure, un petit myome. Cavité utérine vide.

La trompe droite, sur une longueur d'environ 2 cm., est d'épaisseur normale, puis elle grossit et aboutit aussitôt dans le sac qui paraît ouvert dans la figure ci-dessus. La séreuse tubaire montre, par endroits, des traces d'adhérences; ailleurs elle est lisse. *Les franges ont complètement disparu*; la muqueuse est lisse dans l'ensemble, présentant en de nombreux endroits des suffusions hémorragiques. Contre l'extrémité ampullaire s'élèvent, par points, des excroissances papillaires qui affectent en un point la forme d'un gros chou-fleur gris blanc. L'*ovaire droit,* directement au contact, renferme un kyste de la grosseur d'une prune, à parois externe et interne tout à fait lisses.

La trompe gauche, ouverte, longue de 11 cm., est d'épaisseur normale sur une longueur d'environ 3 cm. Puis elle grossit progressivement pour arriver à dépasser le volume du pouce. La séreuse est lisse, sauf quelques

lambeaux d'adhérences. L'ampoule est fermée. *Le reliquat des franges fusionnées est cependant encore visible.* Sur la face interne, on voit plusieurs nodules au milieu desquels la muqueuse s'élève en crêtes grisâtres de hauteur moyenne. A l'extrémité ampullaire se profilent quelques excroissances papillo-villeuses qui n'atteignent du reste pas le développement qu'elles ont à droite.

Au microscope. — A la partie moyenne de la trompe gauche, sur la coupe pratiquée, la muqueuse présente des crêtes de fines papilles, de hauteur moyenne, au centre desquelles s'élève un axe conjonctif fragile, recouvert d'un épithélium atypique à plusieurs couches de cellules. L'épithélium est disposé en *palissade, sinueux,* de telle sorte qu'il existe entre chaque pli des fentes ténues qui donnent l'impression d'une *image glandulaire.* Les cellules sont petites et régulières. En de rares endroits, il y a pénétration de la masse cancéreuse dans la musculaire. La séreuse et la sous-séreuse sont intactes.

Cette image se retrouve partout, aussi bien à l'extrémité ampullaire que du côté droit.

Il s'agit donc d'un *carcinome papillaire solide,* au début de la maturité.

Pour dire qu'il s'agit, des deux côtés, d'un cancer primitif, voici sur quoi nous nous basons.

Sur une coupe de l'utérus, nous n'avons pu déceler à aucun endroit, par l'examen histologique, de masses cancéreuses, ni dans les vaisseaux sanguins, ni dans les espaces lymphatiques.

La muqueuse utérine est tout à fait normale.

Ce n'est ni par voie sanguine, ni par voie lymphatique, que le carcinome a pu gagner le côté opposé. Il reste seulement la possibilité d'une « métastase d'implantation », propre au cancer de la trompe. Des masses carcinomateuses peuvent se détacher, gagner la cavité utérine à la faveur des mouvements péristaltiques de la paroi

tubaire et réussir à s'implanter, comme le montre bien un cas de Thaler, qui trouva des fragments cancéreux dans la cavité utérine, alors que la muqueuse utérine était histologiquement normale.

Une autre voie possible, c'est la migration des cellules cancéreuses, à travers l'ostium abdominale, dans la grande cavité péritonéale, cellules qui peuvent se fixer sur l'ovaire et le péritoine et alors gagner la trompe du côté opposé, comme dans le cas de Aichel. Mais, dans notre cas, les deux trompes étaient obstruées, ne permettant aucune communication avec le péritoine. Les autres organes (ovaires notamment), étaient histologiquement sains, la cavité utérine vide; le carcinome ne peut donc qu'être primitif des deux côtés.

Notons que la malade a subi une *irradiation post-opératoire.*

Observation 81. — Bilatéral.

Albrecht. — *Doppelseitiges primäres Tubenkarzinom* (Monatsch. f. Gel. u. Gyn., 1922, t. 58, p. 88).

Au congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Bavière du 18 décembre 1921, l'auteur a présenté une pièce de cancer tubaire primitif bilatéral.

Cliniquement, il y avait, depuis un an, présence d'un *Hydrops tubae profluens*, devenu *sanguinolent* dans le dernier mois.

Observation 82. — G.

C. Stanca (Cluj.). — *Le cancer primitif des Trompes* (Spitalul, 1922, t. 42, n° 1); *Lecarcinome primitif de la trompe* (Zentralblatt für Gynäkologie, 1922, t. 46, n° 13, p. 508).

Une femme de 40 ans, nullipare, toujours bien réglée, se plaint, depuis 7 mois, de voir son ventre augmenter

de volume; en même temps, elle note de temps en temps des *douleurs* dans la partie inférieure de l'abdomen, sous forme de coliques assez vives parfois pour l'obliger à garder le lit depuis 2 semaines. Constipation; défécation très douloureuse; perte des forces.

A L'EXAMEN, malade amaigrie, avec un peu de fièvre le soir (38°3). Abdomen un peu augmenté de volume. A deux doigts au-dessous de l'ombilic, on sent une tumeur résistante, irrégulière, qui descend vers le petit bassin, particulièrement vers la gauche.

Au toucher, utérus en rétroversion, repoussé à gauche; dans le cul-de-sac droit, le pôle inférieur de la tumeur est perçu. Ascite légère.

LE DIAGNOSTIC est : Tumeur annexielle bilatérale, probablement maligne.

LAPAROTOMIE. — L'épiploon est infiltré, adhérent à la tumeur; au-dessous de lui quelques anses grêles adhèrent à celle-ci. Ascite hémorragique assez notable. Pendant le décollement des adhérences la tumeur se rompt, laissant voir un tissu jaune et mou; après achèvement du décollement, on reconnaît la trompe et l'ovaire gauches; à droite les annexes du volume de deux doigts sont descendues dans le Douglas et adhèrent à l'utérus.

Les ganglions paravertébraux et mésentériques sont infiltrés. Résection bilatérale des annexes avec drainage vaginal : résection de l'épiploon infiltré. Mort 3 jours plus tard de péritonite.

La trompe gauche, qui constituait la tumeur, avait à la corne utérine le volume d'un doigt, puis elle augmentait peu à peu de calibre jusqu'à avoir 10 centimètres de diamètre dans sa partie distale. A la coupe, elle présentait un tissu mou, quelquefois même en bouillie, rappelant le placenta; la séreuse tubaire était intacte, sauf au point où l'épiploon était adhérent.

L'ovaire polykystique était fortement adhérent à la trompe.

La trompe droite formait un *hydrosalpinx.*

..*L'examen histologique* porte sur la trompe très augmentée de volume, sur l'ovaire et un fragment réséqué de l'épiploon.

Sur les coupes pratiquées en différents endroits de la trompe, on reconnaît facilement les couches séromusculaires, à peine modifiées par une *néoformation conjonctive à type fibrillaire.* Immédiatement en dedans, on trouve le tissu de néoformation, constitué par de nombreuses cellules disposées en alvéoles. Les cavités alvéolaires sont grandes, très irrégulières dans leur forme, séparées les unes des autres par de minces espaces conjonctifs. Cette disposition alvéolaire, qui domine nettement au voisinage des couches superficielles, fait place, à mesure qu'on se rapproche de la lumière de la trompe, à une néoformation présentant les caractères typiques d'une structure papillaire, accompagnée en certains endroits d'une lame de tissu conjonctif disposé en guirlande capricieuse, et qui se continue avec les axes conjonctifs allongés des papilles. Ces axes conjonctifs présentent des ramifications très nombreuses qui constituent le squelette sur lequel se développent les proliférations très actives de l'épithélium papillaire. Ces papilles sont séparées les unes des autres par des espaces étroits, aplatis en forme de crevasses.

En aucun point on ne reconnaît de muqueuse intacte, et la couche musculaire manque presque complètement.

La forme et la grosseur des cellules sont très variables: tandis que les cellules des papilles sont pour la plupart cylindriques, typiques, allongées et minces, la forme cubique prédomine dans les cellules des guirlandes; dans les alvéoles la forme cylindrique prédomine nettement.

On remarque aussi de très grosses cellules dont les

noyaux sont en général hyperchromatiques. Certaines cellules se font remarquer par leur extraordinaire grosseur; d'autres par le nombre de leurs noyaux.

Les mitoses indirectes sont fréquentes et souvent atypiques.

L'image microscopique et la structure des néoformations de l'ovaire gauche et de l'épiploon présentent les mêmes caractères.

Observation 83. — G.

J. Amreich. — *Un cas de carcinome tubaire primitif* (Zentralblatt für Gynäkologie, t. 46, 1922, n° 6).

Une femme de 48 ans, nullipare, réglée régulièrement, a remarqué, il y a un an, l'existence d'une tumeur, dans la fosse iliaque gauche, qui a augmenté lentement de volume, ne provoquant *ni pertes, ni douleurs, ni modifications de l'état général.*

Le toucher révèle un utérus de volume normal, une tumeur occupant le cul-de-sac gauche et de petits noyaux durs dans le Douglas.

Dans la fosse iliaque gauche, on perçoit une résistance profonde.

L'opération montre qu'il ne s'agit pas d'une tumeur de l'ovaire, mais de la trompe, l'ovaire présentant lui-même un noyau gros comme un œuf de pigeon. Nombreux noyaux disséminés sur le péritoine pelvien.

Hystérectomie totale avec *excision de la paroi antérieure du rectum.* Au 14e jour, apparaît une fistule uretérale qui, 2 mois après, est spontanément guérie.

La tumeur était un *carcinome alvéolaire à petites cellules pavimenteuses* très abondantes, et pauvre en tissu conjonctif.

Il faut admettre que les cellules épithéliales cylindriques de la trompe se sont métaplasiées, avant l'évolution carcinomateuse, en épithélium pavimenteux. Il existe un

cas analogue de carcinome pavimenteux décrit par Orthmann en 1907.

La 2e particularité histologique de notre cas est que le cancer affecte une *forme glandulo-alvéolaire,* tandis que la majorité des carcinomes tubaires montre une structure papillaire ou papillo-alvéolaire. On pouvait, dans notre cas, ainsi que l'a fait Stolz dans le cas de Friedenheim, admettre que dans les parties examinées les zones papillaires du carcinome sont justement détruites et que seules les parties alvéolaires, situées dans la paroi, persistent.

Ce qui confirme le caractère papillaire originel, c'est que les métastases du péritoine présentent le caractère papillaire.

Aucune salpingite antérieure ne peut être incriminée dans l'étiologie de cette tumeur. Peham rejette l'influence inflammatoire, contrairement à Sänger et Barth qui attribuent un rôle étiologique capital à la salpingite chronique.

Dans notre cas, il nous semble que la salpingite était secondaire au cancer, celui-ci ayant favorisé l'apparition de l'infection soit en créant des zones de moindre résistance, soit par la création d'une cavité close due à l'obturation de la trompe.

Observation 84. — Bilatéral.

Küstner (H.). — *Primäres Tubenkarzinom* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1922, t. 59, p. 297-302).

Femme de 42 ans. Pas d'enfants. Réglée.

Cautérisation en 1920; à la suite, inflammation des annexes.

Douleurs dans la fosse iliaque gauche (24 fév. 1922).

A droite de l'utérus, on sent une tumeur kystique; à gauche et derrière, tumeur mobile remplissant le Douglas.

Diagnostic. — Pyosalpinx double ou *cancer tubaire.*

Laparatomie. — Oophorectomies et salpingectomies. Un fragment de l'ovaire gauche est laissé. Hystéropexie. Convalescence sans incidents. Pas de signes de récidive à la sortie.

A. P. — La trompe gauche est contournée en S, longue de 16-18 cm., le diamètre de la lumière est 3,5 cm. Masses à aspect médullaire, friables, remplissant la lumière; *aspect marmoréen.*

La trompe droite, également sinueuse, est longue de 13 cm.; la lumière a un diamètre de 3 cm.; *contenu verdâtre, proliférations papillaires jaunâtres* parsemées sur toute la surface interne.

Histologie. — *Trompe gauche.* Paroi conjonctive solide; la musculature a presque complètement disparu; par endroits, infiltration leucocytaire. L'épithélium tubaire est conservé presque partout, à une seule couche de cellules; mais là où on ne peut le séparer des masses tumorales, il est stratifié.

La zone marginale est constituée de *cellules polymorphes,* en général rondes, plus rarement cylindriques, en partie volumineuses, en partie extraordinairement petites avec peu de protoplasme. La disposition des cellules rappelle une prolifération papillomateuse; cependant, en majeure partie, le tableau rappelle le cancer glandulaire, car les tractus conjonctifs partagent les tractus épithéliaux en segments gros et petits.

Les noyaux sont irréguliers, vésiculeux; *nombreuses mitoses.*

Les masses sans structure et sans noyaux, disposées près de la lumière tubulaire, se distinguent nettement des parties marginales. Dans la partie nécrosée, on peut encore suivre les traînées cellulaires des parties tumorales périphériques.

Dans le cancer tubaire, ce phénomène de désinté-

gration des parties centrales est assez souvent observé. *La paroi se distinguait partout nettement des masses tumorales.* Il s'agissait donc d'un cancer papillo-alvéolaire, à petites cellules, de la muqueuse tubaire, qui a déjà subi la nécrose dans sa partie centrale.

Trompe droite. — Présente de petites proliférations papillomateuses à épithélium simple, sur des villosités conjonctives plusieurs fois contournées. L'épithélium a un aspect plutôt cubique que cylindrique. A un seul endroit seulement, on voit un passage à la dégénérescence maligne. Là, on trouve le même aspect que du côté gauche : épithélium stratifié extraordinairement varié dans la forme cellulaire et nucléaire; le caractère papillomateux n'est plus conservé.

Au centre de ce segment, l'épithélium mal coloré dénote une désintégration au début de la nécrose. La paroi tubaire droite est mince et ne présente pas d'inflammation.

La néoformation de la trompe droite présente, en grande partie, le caractère du papillome; comme cependant, à certains endroits, on voit un début de dégénérescence maligne, on doit admettre également de ce côté un cancer papillaire.

Les deux ovaires avaient une structure normale.

Observation 85. — D.

Hillebrand (L.) (Vienne). — *Ein Fall von primären Tuben karzinom* (Monat. f. Geb. u. Gyn., t. 57, 1922, p. 72-75).

48 ans. Rien dans les antécédents. Pas de grossesse. Bien réglée.

La malade a constaté, depuis un an, une *tumeur* dans le côté gauche du bas-ventre. Elle n'éprouve *pas de douleurs*, mais se préoccupe uniquement de l'accroissement de la tumeur.

A L'EXAMEN. — Cystocèle marquée. L'utérus petit, en rétroversion; col un peu béant. Dans le Douglas, nombreuses petites tumeurs métastatiques, dures, mobiles, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. A gauche de l'utérus, une tumeur de la grosseur du poing, semblant dépendre de l'ovaire. Pas d'ascite.

LAPARATOMIE. — On trouve le péritoine pelvien semé de noyaux métastatiques; *les deux ovaires sont cancéreux.* Hystérectomie totale élargie avec ablation du péritoine pelvien et d'un *segment de la paroi antérieure du rectum.* Suture de l'intestin en trois plans et péritonisation. Drainage sous-péritonéal. Guérison.

A. P. — Utérus de dimensions normales; col allongé.

La trompe droite, normale dans sa partie utérine, a son autre bout de la grosseur du pouce; ostium abdominal fermé. A la coupe, la lumière est remplie d'une tumeur à consistance dure et *blanc jaunâtre.* A cet endroit, la séreuse est couverte de nombreuses nodosités lisses, de consistance égale et colorées comme la tumeur. L'ovaire droit est de grosseur normale avec un petit kyste; dans les kystes, on voit de petites excroissances papillaires.

La trompe gauche ne présente aucune particularité. L'ovaire gauche est changé en une tumeur dure, formant kyste. A la face postérieure de l'utérus, de nombreux noyaux. Des nodules confluents siègent dans les replis du Douglas. Une coupe du fond de l'utérus ne présente aucune particularité.

HISTOLOGIE. — La coupe à travers la tumeur tubaire révèle un cancer très riche en cellules, très pauvre en tissu conjonctif, formant des bandes solides, à l'intérieur desquelles on peut cependant reconnaître de petites cavités allongées. L'examen microscopique confirme l'aspect papilliforme macroscopique. Les noyaux de la

face postérieure de l'utérus sont des formations papillo-glandulaires. Muqueuse utérine normale.

Ovaire gauche : cancer papillo-glandulaire, solide, peu étendu.

Il s'agit d'un *carcinome primitif solide, papillaire et glandulaire.*

La formation des tumeurs filles peut se produire, soit par voie lymphatique, soit par implantation de particules tumorales qui, par la lumière tubaire ouverte ou secondairement ouverte, pénètrent dans la cavité péritonéale libre.

Dans ce cas, les particules tumorales, sortant de l'ostium abdominale dans la cavité abdominale libre, ont donné lieu à une implantation secondaire.

Observation 86. — D.

Ursprung (C.-W.). — *Primary carcinoma of the Fallopian tube*

(Hahneman Revisth, 1823, t. 58, p. 294).

Femme de 53 ans, se plaignant de nervosité, de fatigue, d'amaigrissement qui a débuté il y a un an. 4 mois avant son entrée à l'hôpital, *écoulement* par la voie vaginale.

L'abdomen était sensible, l'utérus en rétroversion, et on sentait une masse dans le côté droit du bassin.

Numération des globules rouges : 3.846.000.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Laparotomie. — Trompe droite distendue par du sang, longue de 18 cm. et d'un diamètre de 4 cm. 1/2. Elle contient un papillome largement inséré.

Hystérectomie fundique (trompes et ovaires enlevés).

L'auteur se demande s'il faut enlever le col utérin.

Le pronostic est le même que celui du cancer du col utérin.

Après infiltration de la paroi, le pronostic est défavorable.

Sur 132 cas de cancer tubaire, l'auteur n'a retrouvé, dans la littérature, que *quatre cas ayant survécu cinq ans après l'opération.*

Observation 87. — Bilatéral.

Schafer. — *Deux tumeurs rares de la trompe : myome et carcinome* (Zentr. f. Gyn., 1923, n° 9, p. 357-362).

Einsle, en 1913, rapporte 33 cas de cancer double. Depuis, Ruge, en 1917, en a rapporté 2 cas, et tout dernièrement Fuchs un cas. Le cas de l'auteur serait le 37e.

Femme de 56 ans, vient pour être opérée d'un volumineux moyme.

Déjà, en 1916, on avait fait le diagnostic, mais l'opération fut refusée.

Comme les troubles (hémorragies, sensation de pression, constipation) se sont exagérés, on fait en 1919 de la radiothérapie : 2 *séances de* 6 *heures de Rœntgenthérapie et une fois avant et après, de la radiumthérapie.*

Au début, les troubles disparaissent, les *hémorragies* cessent et c'est seulement un an et demi après qu'ils *réapparaissent* plus fortes que jamais. En avril 1921, elle revient pour se faire opérer.

La patiente paraissait anémiée et amaigrie, se plaignant de *douleurs* continues et de *pesanteur* dans le bas-ventre, de *constipation* opiniâtre et de *perte de l'appétit.* Les hémorragies, par contre, étaient moins marquées, intermittentes.

L'examen externe et interne révèle une *tumeur en forme de ballon,* solide, immobile, siégeant en partie dans le Douglas. Par le toucher rectal, on perçoit, en outre, des deux côtés du bassin, des prolongements partant de la tumeur.

Opération, 29, IV, 1922 (Hofmann).

Laparatomie médiane; on tombe sur un myome du volume d'une *tête d'homme*, sous-séreux, fixé dans le petit bassin, de consistance élastique, tendu à sa partie supérieure. En ponctionnant, il s'échappe un liquide aquo-muqueux, avec des grumeaux de la tumeur kystique ramollie. Cette tumeur devient plus mobile et l'amputation suprà-vaginale peut être entreprise; elle est difficile, à cause de l'infiltration des tissus par les séances de rayon X.

D'autre part, on constate des deux côtés du myome les trompes ayant l'aspect d'un *saucisson*, de consistance dure, allant vers la paroi pelvienne. A l'aspect et à la palpation, elles sont semblables ou presque des deux côtés. De l'épaisseur du pouce près de l'utérus, les trompes se transforment en une tumeur plus volumineuse à l'autre extrémité. Les tumeurs sont fixées des deux côtés, de consistance ferme, de *coloration jaunâtre*. On ne trouve ni métastases, ni ganglions. Ablation facile.

Péritonisation. Suture de la paroi par étages.

L'évolution fut normale; six semaines après l'opération, la malade part, après avoir été *traitée prophylactiquement par les rayons, à 2 reprises.* .

En février 1923, elle revient. Depuis l'opération, elle a *grossi de* 10 *livres* et n eprésente aucun trouble. L'examen interne ne révèle rien d'anormal.

A. P. — La pièce extirpée présente, au premier coup d'œil, un myome de la dimension d'une tête d'homme, sous-séreux, situé en haut et en arrière. Le centre de celui-ci — par suite de la radiothérapie — est dégénéré en kyste.

La trompe droite, à son origine, a un aspect normal. Un demi centimètre plus loin, elle a 2 pouces d'épaisseur.

Elle est contournée en S (a 14 cm. de long et 12 cm. de pourtour), autour de son axe longitudinal, dans le sens d'une aiguille de montre. Elle est parcourue trans-

versalement et obliquement de nombreuses rétractions profondes. La surface est en général lisse, on ne voit pas de proliférations traversant la séreuse. Le bout abdominal est épaissi et présente des prolongements irréguliers, en bourrelets. On ne voit plus de franges, ni d'ostium; la trompe est terminée en cul-de-sac déplacé en bas. La coloration est, en général, *gris jaunâtre*, parsemée de *taches sombres* suivant les sillons. Il semble qu'il s'agit là d'anciens hématomes sous-séreux. Toute la préparation a un *aspect marmoréen*.

A la face inférieure de la partie abdominale, à peine isolé de la tumeur, se trouve l'ovaire qui contient un kyste de la dimension d'une petite pomme. On ne trouve plus de mésosalpinx, car le cancer tubaire est enfoui déjà dans un repli du péritoine et est propagé à l'ovaire.

La trompe gauche a, à peu près, le même aspect que la droite.

Tumeur en saucisson de 15 cm. de long, se terminant en cul-de-sac, présentant des *épaississements mamelonnés et des bourrelets*. Pas de proliférations à l'extérieur, ni d'adhérences.

La coupe des trompes ne permet pas, macroscopiquement, de reconnaître une lumière; on ne voit qu'une masse tumorale marmoréene, solide, d'aspect médullaire. La séreuse est partout conservée.

Examen microscopique. — Déjà, à l'œil nu, on voit, à la coupe transversale du milieu de la tumeur, une disposition alvéolaire. La plupart des alvéoles sont mal colorés, surtout à leur centre où l'on voit des îlôts incolores; les parties périphériques de la tumeur prennent le colorant.

Au grossissement moyen, les alvéoles présentent des masses cellulaires avec noyaux fortement colorés. Les mitoses sont visibles par places; par ci, par là, des cellules géantes et des formations vacuolaires.

Le caractère de la tumeur est celui d'un *carcinome à*

structure alvéolaire. Par places, on voit proéminer dans les alvéoles des prolongements cancéreux papillaires.

Sur une coupe du côté de l'utérus, la tumeur prend davantage l'aspect d'un carcinome *papillifère*. De la paroi tubaire, partent de forts tractus fibreux avec des vaisseaux dilatés et agrandis.

Il ne subsiste pas grand chose de la muqueuse tubaire; cependant, à un endroit, on voit des proéminences cupuliformes qui sont, pourtant, déjà pourvues d'un épithélium cylindrique modifié. L'épithélium prend aussitôt dans le voisinage un aspect cubique et devient stratifié plus loin, pour former des cordons cellulaires solides où l'on reconnaît, par places, une structure papillaire. On en déduit que la tumeur a son origine dans la muqueuse tubaire.

..*Une coupe à travers l'ovaire* présente des cupules cellulaires solides avec ramollissement central nécrosé et par places uns structure papillaire.

Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est le développement parallèle des trompes et l'intégrité de la séreuse et l'absence de métastases. Il est probable que l'extension a été arrêtée par les radiations.

Einsle croit que les cancers doubles ont une dimension et une extension très différentes; il s'agirait d'une tumeur primitive d'une trompe et d'une greffe sur l'autre par des particules rejetées de l'ostium abdominal de la première. Le cas de l'auteur contredit cette conception, étant donné le développement égal des deux trompes et l'occlusion des ostia tubaires, ce qui ne pouvait expliquer le passage des particules cancéreuses d'une trompe à l'autre.

L'occlusion des ostia, sur lesquels on ne voyait aucune frange, confirme que, dans ce cas, *il y avait eu préalablement des processus inflammatoires dans les deux trompes, et sur ce terrain s'est développé le carcinome*,

Tout cela démontre qu'il s'agissait des deux côtés de carcinome primitif.

Le pronostic, particulièrement de la forme alvéolaire, est des plus mauvais.

Comme les métastases peuvent se produire même avec un faible développement de la tumeur, le diagnostic se fait en général lorsque l'opération radicale n'est plus possible. L'auteur n'a qu'un délai de 6 mois depuis l'opération, de telle sorte qu'il ne peut parler de guérison définitive. Il est cependant remarquable que, malgré l'extension considérable et le caractère alvéolaire malin de la tumeur, la malade ne présente plus de troubles, ait engraissé et ait recouvert sa santé d'autrefois.

L'auteur semble attribuer ce résultat favorable à l'action des rayons X.

Observation 88. — Bilatéral.

Fuchs ? — Nous n'avons pu retrouver le texte de cet auteur signalé par Schäfer; celui-ci ne donne pas d'indication bibliographique.

Observation 89. — D.

Guillemin et Morlot. — *Epithélioma primitif de la trompe de Fallope* (Gynécologie et Obstétrique, avril 1923, t. 7, n° 4, p. 326).

54 ans. Premières règles à 15 ans, abondantes, longues (8 jours) et douloureuses.

Mariée à 22 ans. 2 *fausses couches* de 2 mois, puis 3 *accouchements* à terme, un accouchement provoqué pour placenta prævia et enfin 3 *fausses couches* de 3 et 4 mois.

A partir de 1916, règles intermittentes, tous les 2 ou 3 mois, durant de 10 à 15 jours. Cessent complètement en novembre 1921.

Depuis, *pertes blanc jaunâtre*, fétides depuis deux mois.

Douleurs lombaires et pelviennes, irradiant dans les cuisses.

Glycosurie marquée.

Toucher vaginal. — Col volumineux, déjeté à gauche. Cul-de-sac droit élargi et très résistant. On y perçoit une masse dure, rénitente, du volume d'une petite mandarine et assez régulière.

Trompe gauche perceptible, un peu douloureuse.

Diagnostic. — Pyosalpinx droit.

L'apparition d'accidents abdominaux décide l'intervention.

Laparatomie. — Trompe droite distendue, piriforme, à grosse extrémité reposant sur le fond du cœcum. A ce niveau, il existe un peu de pus et des exsudats fibrineux. Ablation de la trompe droite, mobile, avec deux petites masses ganglionnaires.

Trompe gauche adhérant au colon, un peu dure.

Hystérectomie totale avec drainage abdominal et vaginal.

A. P. — *Trompe droite* longue de 12 cm., piriforme, coudée à angle droit à 2 cm. de l'utérus; le diamètre augmente progressivement de l'insertion utérine au pavillon, de 1 à 5 cm. Couleur générale *rose vif* avec réseau vasculaire très apparent.

Pavillon oblitéré, franges disparues, de forme irrégulière, globuleuse.

Ovaire scléreux, adhérant au coude de la trompe.

Hydatide de Morgagni normale, grosse comme une fève, remplie d'un liquide transparent et rattachée au pavillon par un long pédicule.

A la palpation, trompe fluctuante, semblant remplie d'un liquide épais.

A la coupe, pas de liquide, mais *substance blanchâtre,* grenue, centrée par des grumeaux rose jaune, qui augmente vers l'ampoule amincie.

A ce niveau, les plis ont disparu, et la masse blanchâtre périphérique est centrée par un noyau hémorragique ramolli. Dans la partie ampullaire herniée, quelques formations kystiques muqueuses, grosses comme un pois, et dont une fine coque conjonctive fait membrane externe, alors que la paroi interne est constituée par la substance blanche amorphe. La coque de cette région est extrêmement mince.

Histologie. — *Tunique conjonctive externe* épaissie, congestionnée, contient des cellules polyédriques assez volumineuses avec membrane nette et gros noyau coloré, à caractère néoplasique, sont parsemés, soit isolés, soit par traînées de 4 ou 6 cellules.

Péritoine épaissi recouvert de fausses membranes.

Couche musculeuse dégénérée avec infiltration leucocytaire et présentant des amas épithéliaux atypiques en nodules pleins ou prenant l'aspect glandulaire. Il est impossible de dire si ces nodules cancéreux secondaires sont intraconjonctifs ou intravasculaires.

La cavité tubaire est remplie de formations épithéliales et contient de petits kystes muqueux tapissés d'un épithélium cubique de plus en plus aplati, allant jusqu'à prendre un aspect de pseudo-endothélium.

D'après l'étude des coupes sériées, il résulte qu'il s'agit d'un *épithéliuma cylindrique primitif de la trompe droite, à type carcinomateux et papillifère,* ayant eu comme point de départ l'ampoule tubaire, qui s'est propagé de proche en proche vers l'ostium uterinum, encore sain, ainsi que l'utérus.

Cette tumeur s'est déjà propagée à travers les différentes parois de la trompe jusque sous la séreuse péritonéale.

(Nous avons écourté l'étude histologique très détaillée,

devant lui faire des emprunts au cours de notre exposé anatomo-pathologique,)

Une lettre de la malade apprend qu'elle présente actuellement de l'ascite. C'est dire que, chez cette opérée, *le cancer tubaire s'est généralisé*, malgré l'ablation large, sept mois après l'intervention.

TUMEURS A « ASPECT PERITHELIAL ».

Bien que l'on n'admette plus l'existence du périthéliome, nous avons préféré relater à part les observations publiées sous ce nom.

Herrenschmidt, en 1909, dans l'observation publiée par Gosset, décrivait la lésion sous le nom de périthéliome ou angio-sarcome plexiforme de Waldeyer.

Observation 90. — G.

Barbour (A.-H.-F.) et Watson (B.-P.). — *Périthelioma of the tube* (Journ. of. Obst. et Gyn., 1911, t. 20).

53 ans. Multipare. Ménopause à 51 ans. Observe depuis 7 mois une augmentation de volume de la partie inférieure et gauche de l'abdomen. *Douleurs. Ecoulement vaginal* irrégulier, tantôt sanguinolent, tantôt jaunâtre. *Amaigrissement.*

Une tumeur dure remplit toute la fosse iliaque gauche.

Laparotomie. — Liquide dans l'abdomen. Péritoine et intestin parsemés de noyaux. Trompe gauche très grosse, dure et nodulaire, adhérente à l'intestin et à l'ovaire qui est recouvert de noyaux secondaires et kystique.

Hystérectomie totale. Mort onze jours après.

Examen microscopique. — L'isthme tubaire ne présente rien d'anormal. La portion dilatée présente des noyaux secondaires sur sa surface péritonéale. La partie

externe est transformée en une masse solide, présentant une structure typique de cellules malignes, à *disposition périvasculaire,* avec des zones de *nécrose et d'hémorragie.*

La couche endothéliale des vaisseaux est intacte, et en dehors il y a une zone claire, analogue à de la substance hyaline.

Au delà de cette zone hyaline, les cellules tumorales sont disposées en rayons, par rapport à la lumière vasculaire. Les cellules sont volumineuses et irrégulières, avec un noyau central foncé. Par places, les cellules sont en amas, sans vaisseau au centre.

Dans les dépôts secondaires sur la surface de la trompe et de l'ovaire, on ne retrouve pas la disposition périvasculaire des cellules néoplasiques.

Observation 91. — Unilatéral.

Weinbrenner. — *Primäres Peritheliome der Tube* (Münch. Med. Woch., 1911, n° 17, p. 924).

43 ans. Plusieurs accouchements et fausses couches.

Depuis un an, douleurs en *crampe dans le sacrum*; ces douleurs sont suivies d'un écoulement *aqueux sanguinolent* par le vagin. Douleurs et écoulement se renouvellent journellement, par poussées; puis les douleurs cessent.

Depuis environ 4 mois, cessation de l'écoulement; dans les intervalles, sécrétion *jaune citron* permanente. Règles sans troubles.

Examen. — Utérus myomateux; dans le Douglas, tumeur annexielle soudée, donnant l'impression d'un pyosalpinx.

Hystérectomie. — L'extrémité abdominale de la trompe, grosse comme 2 pouces, est remplie d'une masse tumorale blanche où l'examen microscopique révèle un angio-sarcome typique (périthéliome).

L'examen microscopique précis de la pièce révèle un cancer de la trompe, *cancer alvéolo-papillaire*. Le groupement péri-vasculaire des cellules épithéliales apparaît là où les foyers isolés se rétractent, par suite d'un début de dégénérescence, au milieu, on trouve un vaisseau souvent dégénéré, hyalin. Par places, la structure papillaire du cancer est nettement manifeste.

TUMEURS COMPLEXES

Observation 92. — G.

Eglington (C.). — *Primary Mesotheliana of the Fallopian tube* (Journ. of. Obst. et Gyn. of Brit. Lmp., 1912, t. 21, n° 3, p. 169-172).

47 ans. 2 accouchements. Autrefois, blennorragie? Ménopause depuis 3 ans.

Se plaint d'un *écoulement vaginal aqueux, fétide*, souvent teinté de sang, depuis 13 ans. Aggravation depuis un an, et dernièrement grosse *hémorragie*. Depuis 1 an, mictions fréquentes et incontinence d'urine.

Il y a 4 mois, apparition d'un *écoulement par l'ombilic*. Amaigrissement depuis 3 mois.

Laparatomie. — Ablation des annexes gauches adhérentes à la face postérieure du 1/3 inférieur de l'utérus. Convalescence sans incidents.

Revue 6 mois après, sans récidives. Cependant, peu après, l'auteur a appris qu'elle est à l'hôpital, présentant une tuméfaction palpable dans la fosse iliaque gauche. Œdème de la jambe gauche. Il s'agit sans doute d'une *récidive*.

A. P. — *Trompe gauche* contournée, adhérant à l'ovaire et inclus dans des adhérences. Plus épaisse que normalement; couche externe lisse.

Histologie. — 1° *Portion proximale de la trompe*. La

muqueuse est complètement remplacée par un tissu granuleux très vascularisé où l'on trouve de nombreux foyers de leucocytes et des *cellules plasmatiques.*

2° *A l'union de la tumeur et de la trompe.* A mesure qu'on s'approche de la tumeur, augmentation progressive du nombre des leucocytes dans la muqueuse et l'on voit un foyer leucocytaire entourer une petite tumeur. Celle-ci débute brusquement; c'est une néoformation cellulaire, au-dessus du niveau de la muqueuse, la remplaçant complètement et infiltrant la couche musculaire superficielle.

Structure. — Masses solides et colonnes cellulaires à disposition plus ou moins alvéolaires; en partie apparence villeuse. *Grosses zones de nécrose,* la plupart situées dans le centre des masses solides.

Au prime abord, il semble qu'il s'agisse d'un *sarcome à petites cellules.* Par ci, par là, cellules énormes, multinuclées ou avec un seul noyau ovale, irrégulier, plus ou moins vésiculeux.

Le strome est cellulaire. Il n'y a pas de stroma entre les cellules isolées de la tumeur. Peu de vaisseaux. La séreuse est épaisse et les couches musculeuses profondes sont envahies par des foyers leucocytaires. Au centre de ces foyers, il y a de petites masses tumorales, contenues par places dans un canal lymphatique; on voit un pareil nodule immédiatement sous la séreuse. *Les cellules plasmatiques sont très nombreuses,* aussi bien dans le stroma de la tumeur que dans les diverses couches de la trompe.

3° *Coupe à travers la masse principale de la tumeur.* Même structure que celle décrite pour sa marge. On peut cependant dire que la nécrose est plus avancée et que la disposition des cellules est moins complètement définie.

Au bord d'une des sections, il y a une *zone de cellules tumorales fusiformes,* donnant l'apparence d'un sarcome

fuso-cellulaire; à un examen plus précis, on constate que cet aspect fusiforme est dû beaucoup plus à la pression.

Il est difficile de déterminer la nature exacte de cette tumeur.

Tandis que, prises *individuellement, les cellules rappellent un sarcome, la disposition générale est beaucoup plus celle d'un carcinome.*

L'auteur emploie le même terme qu'Adami (Principles of Pathology, 1910, vol. I, p. 708) qui, pour ce genre de tumeur, a proposé celui de cancer mésothélial (tumeur de caractère indéterminé). Aussi, l'auteur est persuadé que beaucoup de cas, dits : cancer ou sarcome de la trompe de Fallope, appartiennent à cette catégorie.

Unilatéral. — Aman. — *Teratoïde Geschwulst der Tube* : Chondrosarkokarzinom (Gyn. Ges. München, 15 Juli 1909. Ref. Zent. f. Gyn., p. 1684).

D. — Penkert. — *Primäres Karzinom der Tube* (Zentr. f. Gyn., 1909, n° 24, p. 852).

L'auteur a présenté à la réunion de Gynécologie d'Iéna (25 avril 1909) un cancer primitif de la trompe droite, qui avait été diagnostiqué : myome.

Hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes.

L'ovaire gauche et l'ovaire droit présentent des lésions métastatiques.

Histologie. — *Cancer alvéolaire avec tissu intermédiaire sarcomateux.*

G. — Scheffzek. — *Primary Cancer of the tube* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., t. 34, h. f. 2, p. 245).

L'auteur présente une pièce anatomique prélevée sur une malade de 61 ans opérée en juillet 1910.

Hémorragies et écoulements fétides depuis 4 mois. Amaigrissement depuis 6 mois.

Diagnostic. — Cancer de l'ovaire. A l'examen, utérus petit, rétrofléchi; ovaire droit du volume d'un œuf de poule, solide et irrégulier. Curettage : rien d'anormal.

Laparotomie. — Tumeur formée par la trompe gauche, d'aspect malin, et l'ovaire du même côté, petit, kystique, dégénéré. Ovaire et trompe droits normaux.

Les franges et le pavillon, la portion juxta-utérine de la trompe gauche spnt normaux. *La portion intermédiaire* est envahie par la tumeur. Au microscope, on constate que c'est une variété cellulaire petite, fusiforme. Il est difficile de dire si l'on a affaire plutôt à un cancer qu'à un sarcome, les lésions étant associées.

CONCLUSIONS

I. — Les épithéliomas primitifs de la trompe sont relativement rares; ces tumeurs sont bilatérales dans 38 % des cas. On les observe surtout au voisinage de la ménopause, et le plus souvent chez des malades ayant présenté des lésions inflammatoires.

II. Au point de vue pathogénique, on ignore l'origine des épithéliomas tubaires, comme celle des cancers en général. Mais, la bilatéralité fréquente de ces tumeurs et la présence dans les antécédents de lésions inflammatoires, peuvent être invoquées à l'appui d'une transformation cancéreuse de lésions hyperplasiques préexistantes.

III. — La symptomatologie n'a rien de caractéristique. Peut-être la leucorrhée séro-sanguinolente, les crises d'Hydrops tubæ profluens, la constatation d'une tumeur en saucisson (Zweifel), son accroissement rapide, sa fixité, le tout évoluant sans température, permettraient-ils d'aiguiller un diagnostic hésitant.

En tout cas, l'examen histologique de l'écoulement tubaire devra toujours être préféré à la ponction exploratrice qui reste dangereuse.

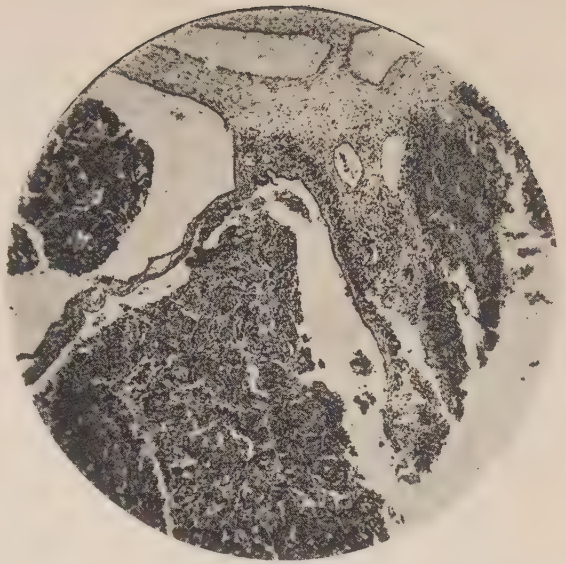

FIG. I (cas 7). — Axes conjonctifs se détachant de la paroi; masses épithéliales, en sombre.

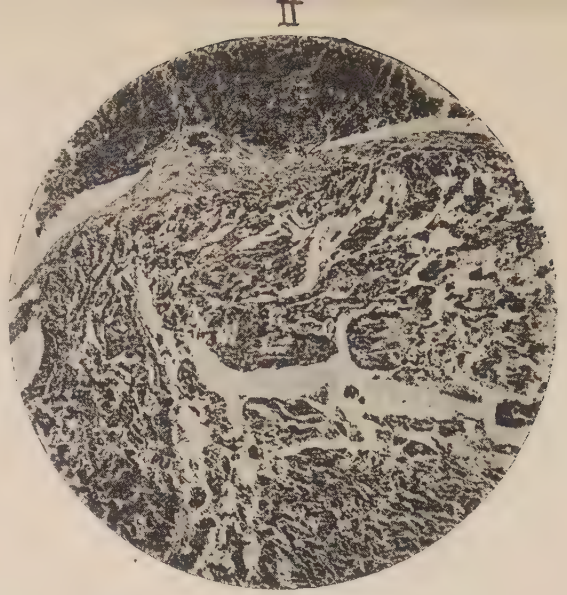

FIG. II (cas 6). — Infiltration épithéliale dans la paroi; une travée conjonctive sépare en ce point les masses épithéliomateuses.

III

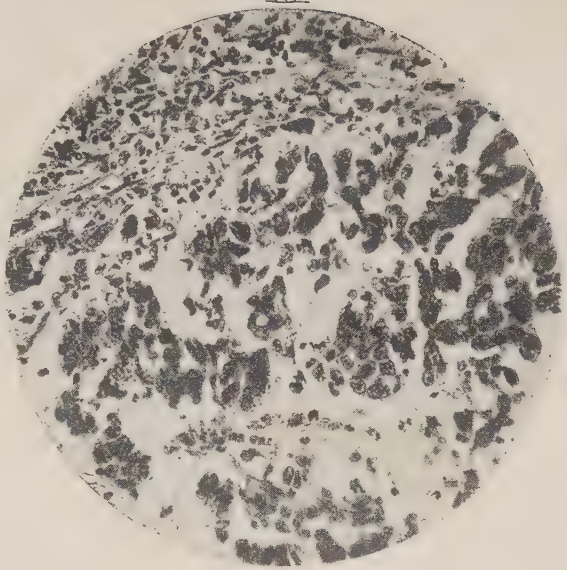

Fig. III (grossissement de la précédente). — Bandes conjonctivo-musculaires et cellules épithéliomateuses.

IV

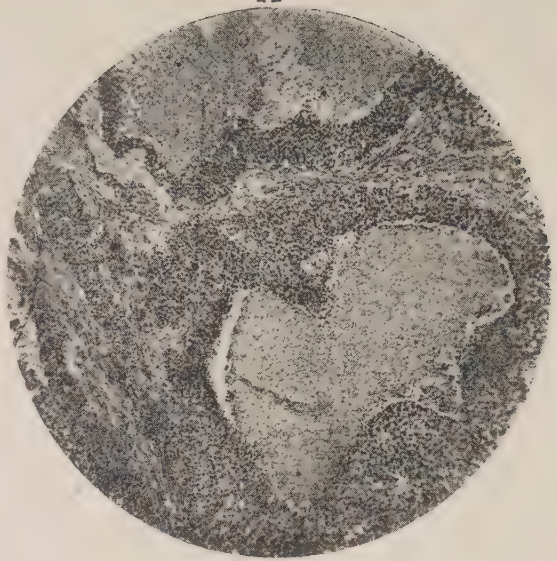

Fig. IV (cas 3). — On voit la nécrose se produire au sein d'un amas épithélial. Les travées conjonctives sont très nettes.

IV. — Au point de vue histologique, l'épithélioma tubaire se présente sous trois formes :

1) L'épithélioma cylindrique typique, papillaire.

2) L'épithélioma atypique, prenant quelquefois l'aspect sarcomateux (Guillemin et Morlot).

3) L'épithélioma métaplasique, à type pavimenteux.

La plupart des épithéliomas primitifs de la trompe sont des épithéliomas métatypiques.

Dans tous ces cas, l'examen histologique permettra de distinguer l'épithélioma primitif d'un cancer secondaire.

V. — Les épithéliomas primitifs des oviductes sont d'une très grande malignité, aussi bien par l'envahissement du tractus génital que par les métastases à distance.

Cette malignité justifie l'intervention précoce et radicale dans les cas de tumeurs douteuses.

VI. — A l'intervention, si l'aspect macroscopique des lésions confirme la malignité, au lieu d'une hystérectomie totale, il faudra pratiquer une hystérectomie élargie (avec ablation des ganglions rétro-péritonéaux perceptibles) suivie, si on le juge nécessaire, d'une application de radiothérapie profonde

VU : BON à IMPRIMER
Le Président de Thèse
CUNEO

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPEL

Vu : Le Doyen
ROGER

BIBLIOGRAPHIE

Nous prions le lecteur de se rapporter à la *Thèse* d'Auduze-Acher (Toulouse 1911) pour la bibliographie des 114 cas qu'il a publiés.

Dans notre chapitre « Observations », nous donnons, *par année,* avec les textes, les références bibliographiques; nous jugeons inutile de les rapporter à nouveau ici.

Nous indiquerons simplement les références des autres publications que nous avons consultées.

Argaud. — *C. R. de la Société de Biologie de Paris* (1920, p. 1.269 : Les glandes tubaires chez les Mammifères; 1921, p. 257 : Sur le bourgeonnement de l'épithélium de l'oviducte chez les ovidés gravides).

Badile. — *Tumori,* 1923, f. 4 : Sur l'association de la tuberculose et d'une tumeur dans le même organe.

Bourrély. — *Tumeurs primitives des trompes* (Thèse Montpellier, 1910).

Courrier. — *C. R. de la Société de Biologie de Paris,* 1921, p. 571 : Contribution à l'étude morphologique et fonctionnelle de l'épithélium du pavillon de l'oviducte chez les Mammifères.

Danel. — *Tumeurs malignes primitives des trompes* (Thèse Paris, 1899).

Diss et Kuhlmann. — *Bull. Soc. Anat. de Paris,* 1923, n° 2, p. 200 : Hyperplasie tuberculeuse de la trompe simulant un cancer.

DODERLEIN-KRONIG. — *Operative Gynäkologie,* 1921, p. 679.

EWING. — *Neoplast Diseases,* 1919.

FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie,* 1923, p. 1.119.

FORGUE et GRYNFELT. — Contribution à l'étude de l'oblitération de l'orifice abdominal des trompes dans les salpingites (*Bull. Académie de Médecine,* 1923, n° 33; *Bull. Soc. Anat. de Paris,* 1923, n° 7).

JAYLE et HALPÉRINE. — Les canaux borgnes accessoires de la trompe (*Rev. franç. d'Obst. et Gyn.,* 1922, n° 10).

HERRENSCHMIDT. — *Biologie Médicale,* avril 1923 : Etiologie et pathogénie du cancer.

KRAUS. — Ueber Karzinom. Epithelwuch. in der Tube (*Gynäk. Rundschau,* 1913, Hft. 20-24).

LEVEUF et GODARD. — Les lymphatiques de l'utérus (*Revue de Chirurgie,* 1923, n° 3).

LIEPMANN. — *Kunz. Handb. der Ges. Frauenheilk,* 1914, II Bd., p. 179.

LŒB. — Rapports quantit. entre les fact. qui causent le cancer et la rapidité et la fréquence de la transform. cancéreuse (*Presse Médicale,* 1923, n° 65, p. 709).

MASSON. — *Tumeurs in Traité de Thér. et de Path. Médic.,* Collection Sergent, 1923, t. XXVII, f. 2.

MARCUS. — The radiat. of pain in lesions of the Fallop. tube (*British Med. J.,* 1923, n° 3).

MENGE-OPITZ. — *Handbuch der Frauenheilk.,* 1914.

MOREAUX. — *Archiv. d'Anat. microscop.,* 20 fév. 1913, p. 525, t. XIV : Recherches sur la morphologie et la fonction glandulaire de l'épithélium de la trompe utérine chez les Mammifères.

QUÉNU et LONGUET. — Tumeurs des trompes (*Rev. de Chirurgie,* 1901, t. 2).

ROKITANSKY. — *Lehrb. der path. Anat.,* Wien. 1861.

ROUSSY et LEROUX. — *Diagnostic des tumeurs,* 1921.

SCHRÖDER. — *Die Karzinom. des Müllers. Epithel.* (Gemeins. ihrer Morphol. als Beitrag zu ihrer Histog. und Systematik Zent. f. Gyn., 1922, p. 1.495).

VOINOT. — *L'épithélium de la trompe de Fallope chez la femme* (Thèse Nancy, 1900).

WERNER. — Ueber gleichseitiges Vorkommen d. Karzinom. in Uterus und in den Adnexen (*Archiv. f. Gyn.*, 1914, t. 101, p. 715).

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE